

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
Programme offert grâce à une entente avec l'Université de Montréal

Regard posé par dix personnes sur leur état dépressif antérieur prenant en compte les  
aspects de leur vie personnelle et de travail

par  
Paul-André Jackson

Département des sciences du développement humain et social

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.) en service social

Octobre, 2002



« copyright » Paul-André Jackson, 2002



**Cégep** de l'Abitibi-Témiscamingue  
**Université** du Québec en Abitibi-Témiscamingue

### **Mise en garde**

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue  
Programme offert grâce à une entente avec l'Université de Montréal

Ce mémoire intitulé :

Regard posé par dix personnes sur leur état dépressif antérieur prenant en compte les  
aspects de leur vie personnelle et de travail

présenté par :  
Paul-André Jackson

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Cécile Sabourin  
Présidente - rapporteur

Diane Champagne  
Directrice de recherche

Gilles Rondeau  
Membre du jury

## Résumé

Cette recherche s'inscrit dans un contexte social où d'une part, le monde du travail a connu des changements majeurs et d'autre part, on observe dans la population, un accroissement des problèmes de santé mentale dont celui d'un état dépressif entraînant un arrêt de travail. Cette problématique y est définie à partir de trois concepts couvrant les dimensions principales du phénomène : la santé mentale, le travail et l'état dépressif. La recension des écrits a permis d'identifier les éléments importants tels la charge mentale au travail, l'autonomie décisionnelle, le soutien social à l'emploi, les stratégies individuelles utilisées devant les difficultés. Enfin, différents modèles théoriques sur le sujet y sont présentés.

La méthodologie est élaborée à partir du choix d'une recherche empirique dans une perspective phénoménologique. Une démarche exploratoire de type qualitatif y est donc privilégiée. L'attention est portée sur la perception et la réflexion des participants au sujet de leur vécu. Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de dix participants, hommes et femmes de Rouyn-Noranda âgés entre 26 et 55 ans. Les objectifs sont définis en vue de comprendre le processus qui a conduit ces personnes à un état dépressif nécessitant un arrêt de travail, de saisir le vécu dépressif lui-même et les impacts de cet épisode sur leur vie personnelle et professionnelle.

Avec l'analyse des données, on y apprend les facteurs explicatifs de leur dépression. Au niveau du travail, la surcharge mentale conjuguée au faible soutien social à l'emploi fut le facteur principal explicatif des problèmes vécus. La recherche identifie aussi les éléments qui ont aidé les participants à sortir de cet état dépressif. Autant cet épisode dépressif fut pénible à vivre pour les participants, autant les impacts positifs qu'il a occasionnés sont aujourd'hui appréciés par eux. La modification de leur niveau d'engagement par rapport au travail et la modification des exigences par rapport à soi furent les principaux changements observés.

Aussi, certaines perspectives pour l'intervention, pour la gestion et pour la recherche ont été avancées. Finalement, cette recherche, en dépit des limites qu'elle comporte, permet une compréhension fine de l'expérience globale vécue par les participants.

**Mots clés :** santé mentale, état dépressif, travail, charge mentale, autonomie décisionnelle, soutien social.

## **Abstract**

This research lies within a social context where the world of work has gone through major changes, and where an increase in mental health problems - including depressive state leading to withdrawal from work - among the population is observed. This research defines that problematic issue on the basis of three concepts that cover the key dimensions of the phenomenon: mental health, work, and depressive state. A survey of literature has allowed identification of important elements such as mental loading at work, decisional autonomy, on-the-job social support, and individual strategies to deal with difficult situations. Also the research presents various theoretical models concerning this issue.

The methodology was developed on the basis of an empirical research utilising a phenomenological perspective. Hence predominance was attributed to a qualitative exploratory process. Focus was put on the participants' perception and reflective thinking of their own experience. Semi-supervised interviews were conducted with ten participants aged 26 to 55 all men and women living in Rouyn-Noranda. The objectives were defined so as to understand how they grew into a depressive state that necessitated their withdrawal from work, to grasp the actual state of depression, and to measure the consequences that period of their life has had on their personal and professional life.

A data analysis brings into focus the underlying factors of their depression. Mental work overload and marginal on-the-job social support are key factors that explain the problems they have encountered. The research identifies elements that helped the participants overcome their depressive state of mind. If the participants found the period during which they felt depressed difficult, today they can appreciate the positive impacts it has brought into their life. Major changes observed include the level of commitment they now show at work and the level of stress they put upon themselves.

The research suggests certain perspectives of intervention, management and research. While the research has its limits, it contributes to clearly understand what the participants have experienced.

**Key words:** mental health, depressive state, work, mental load, decision latitude, social support.

## TABLE DES MATIERES

<b>Résumé.....</b>	<b>iii</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>iv</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>viii</b>
<b>Tableaux.....</b>	<b>viii</b>
<b>Liste des sigles.....</b>	<b>ix</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>x</b>
 <b>INTRODUCTION.....</b>	 <b>1</b>
 <b>1 LA PROBLEMATIQUE.....</b>	 <b>4</b>
1.1 La notion de travail dans le contexte social actuel.....	4
1.2 La notion de santé mentale.....	7
1.3 Le travail et la santé mentale.....	10
1.4 La santé mentale et la dépression.....	23
1.5 Le travail et la dépression.....	24
1.6 Les objectifs et les questions de recherche.....	25
1.7 Les aspects théoriques.....	28
1.7.1 Le modèle médical.....	30
1.7.2 Les modèles psychologiques.....	31
1.7.3 Le modèle écologique.....	33
1.8 Pertinence de la recherche.....	34
 <b>2 METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....</b>	 <b>36</b>
2.1 Choix du type de recherche.....	36
2.2 La population à l'étude.....	39

2.3 L'échantillonnage.....	41
2.3.1 Les critères de sélection.....	41
2.3.2 Procédures d'identification de la population.....	43
2.4 Cueillette des données et instrumentation.....	44
2.4.1 L'entrevue semi-dirigée.....	44
2.4.2 Le schéma d'entrevue.....	46
2.5 Plan d'analyse.....	48
2.6 Éthique de la recherche.....	50
2.7 Limites de l'étude.....	52

### **3 ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....54**

3.1 Processus qui a conduit à l'état dépressif et perception des sujets de cet épisode dépressif en lien avec leur travail.....	54
3.1.1 Genèse de l'état dépressif.....	55
3.1.2 Perception subjective de l'état dépressif en lien avec le travail.....	62
3.1.3 Perception de la réalité du travail.....	68
3.2 Vécu dépressif lié à l'emploi : comment on s'en sort.....	75
3.2.1 Soutien social.....	77
3.2.2 Stratégies utilisées devant les difficultés rencontrées à l'emploi.....	89
3.3 Impacts de ce vécu dépressif.....	95
3.3.1 Le rapport à soi.....	97
3.3.2 Le rapport au travail.....	100
3.3.3 Le rapport aux proches : conjoint, enfants, amis.....	102
3.3.4 L'échelle de valeurs.....	106
3.3.5 Rêves et sens à la vie.....	107
3.3.6 Messages aux patrons et aux pairs.....	108

**4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS, PERSPECTIVES, CONCLUSION.....112**

## 4.1 Synthèse des résultats.....112

## 4.2 Perspectives de la recherche.....116

## 4.2.1 Perspectives pour l'intervention.....116

## 4.2.2 Perspectives pour la gestion.....118

## 4.2.3 Perspectives pour la recherche.....123

## 4.3 Conclusion.....125

**BIBLIOGRAPHIE.....128**



## **Annexes :**

I	Lettre pour le recrutement de participants à la recherche.....	xi
II	Formulaire d'engagement à la confidentialité et consentement de participation à la recherche sur l'état dépressif de personnes vécu en lien avec leur emploi.....	xiii
III	Schéma d'entrevue : procédure.....	xiv
IV	Schéma d'entrevue : guide.....	xv

## **Tableaux :**

I	Population à l'étude.....	40
II	État dépressif : perceptions des participants à la recherche.....	56
III	Emploi : perceptions des participants à la recherche.....	69
IV	Soutien social : perceptions des participants à la recherche.....	76
V	Stratégies utilisées par les participants devant les difficultés rencontrées.....	90
VI	Impacts observés par les participants suite à leur épisode dépressif : rapport à soi – rapport au travail – rapport aux proches.....	96
VII	Impacts observés par les participants suite à leur épisode dépressif : échelle de valeurs – sens à la vie – rêves.....	105
VIII	Messages des participants aux patrons et aux pairs.....	109

## Liste des sigles et abréviations

<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>MRC</b>	Municipalité régionale de comté
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PAE</b>	Programme d'aide aux employés
<b>R-N</b>	Rouyn-Noranda
<b>UQAT</b>	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

**N.B.** Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

## Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce à la participation de dix personnes de la région. Nous avons été impressionné par la transparence et la générosité de leur témoignage en entrevue. Nous désirons les en remercier chaleureusement.

Un merci bien spécial à Diane Champagne, directrice de recherche, dont l'encadrement scientifique, les conseils judicieux et le soutien moral ont permis la réalisation de cette recherche.

Nous voulons aussi souligner l'apport de personnes qui ont participé au recrutement des participants à la recherche : Mme Rolande Hébert de l'agence B.C.H., Mme Nicole Gallant de l'organisme communautaire Le Pont et M. Léandre Lahaie de la clinique externe du CH de Rouyn-Noranda.

Un grand merci au CLSC Le Partage des eaux pour son soutien matériel et financier. Merci aux collègues qui ont lu et résumé les textes en anglais.

Merci à Louiselle et Caroline pour leur soutien familial et pour avoir assumé l'ensemble des tâches ménagères durant la rédaction de ce mémoire. Merci à Nathalie pour la révision et correction du texte.

Enfin, nous tenons à remercier les responsables des deux Universités, Université de Montréal et Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, pour l'entente rendant accessible en région l'obtention de la maîtrise ès sciences en service social.

## INTRODUCTION

À nos débuts au CLSC Le Partage des Eaux comme travailleur social, nous avons eu l'opportunité d'intervenir auprès de personnes affectées par des problèmes de toutes sortes. Or, de ces personnes, plusieurs traversaient un épisode dépressif dans leur vie. Ce qui avait attiré notre attention, c'était le fait que la majorité de ces personnes, avaient dû interrompre leur travail dans un emploi, souvent bien rémunéré, choisi par elles et auquel la formation les avait bien préparées. Qu'une personne confinée quotidiennement à des tâches domestiques routinières plus ou moins valorisées de nos jours en vienne à déprimer, nous pouvions le concevoir assez facilement. Pour les autres, nous avions de la difficulté à comprendre. Nous étions même porté au début à expliquer leur état par leur fragilité psychologique. Ces différents constats s'installèrent dans notre mémoire sans savoir qu'un jour, ils susciteraient le désir de scruter davantage cette réalité et d'en faire l'objet d'un projet de recherche en vue de l'obtention d'une Maîtrise en service social.

Aussi, dans nos dix années de gestionnaire au CLSC Le partage des eaux, nous avons vu plusieurs employés quitter temporairement leur emploi à cause d'un état dépressif les empêchant d'assumer leurs responsabilités et d'effectuer les tâches qui leur étaient dévolues. Dans notre équipe de gestion, nous nous soucions de plus en plus d'instaurer un environnement favorable au maintien de la santé mentale des employés. Par ailleurs, depuis cinq ans, nous avons été amené par nos fonctions de leader en santé mentale dans la MRC de Rouyn-Noranda à explorer davantage le champ de la santé mentale. Les problèmes affectant la santé mentale de la population augmentent rapidement. Et combien de fois n'avons-nous pas entendu des remarques, des questionnements et des jugements même sur les personnes en dépression. Combien de fois n'avons-nous pas reçu des critiques sur l'organisation du travail dans le réseau public de

la santé et spécifiquement au CLSC, à propos du manque de soutien aux employés et de l'impuissance de l'organisation à prévenir les problèmes de santé mentale au travail.

Dans un contexte plus large, nous avons assisté dans les vingt dernières années à des changements profonds dans le monde du travail générés par le phénomène de la mondialisation, la compétition avec les autres pays, l'accès aux nouveaux marchés, l'envahissement des nouvelles technologies (Lévi, 1994) et l'instauration d'exigences de performance à l'emploi de plus en plus élevées. Cette mutation profonde de l'organisation du travail entraîne un questionnement de la conception sociale du travail. Le sens du travail change et à ce sujet, l'affirmation de Burnonville (1999) nous semble tout à fait pertinente :

«Le nouveau discours sur le travail est bien paradoxal. En effet, si le travail prend de plus en plus de place dans la vie de ceux et celles qui ont un emploi, il est de moins en moins sûr et de moins en moins valorisant pour une grande proportion d'entre nous».

Pour toutes ces considérations, nous en sommes venu à vouloir effectuer une recherche en santé mentale sur le vécu dépressif en lien avec le vécu à l'emploi mais si possible à partir de la perception même des personnes touchées.

Pour ce faire, nous avons choisi d'élaborer la problématique à partir des concepts suivants : le travail, la santé mentale et l'état dépressif. Si la société a grandement évolué dans sa vision du travail, elle a évolué également dans sa vision de la santé mentale. À l'aide d'une recension d'écrits non exhaustive mais suffisante pour être en terrain solide avec ces notions, nous commencerons par situer la réalité du travail dans le contexte social actuel ainsi que la nature de la santé mentale tel qu'elle est définie actuellement. Nous aborderons par la suite les liens entre eux, particulièrement les impacts du travail sur la santé mentale.

Après avoir défini l'état dépressif davantage comme un problème de santé mentale, nous examinerons les liens à faire entre le travail et la dépression.

Notre intention étant d'aller chercher la perception des personnes ayant vécu un épisode dépressif dans leur vie en lien avec leur emploi, nous expliquerons notre choix d'une recherche de type qualitatif. Nous énoncerons ensuite les objectifs et les questions de recherche. Puis, nous exposerons différents modèles théoriques tentant chacun à leur façon d'expliquer la réalité.

Dans un deuxième chapitre, nous présenterons les choix méthodologiques que nous avons faits et que nous voulons les plus cohérents possible avec nos objectifs. Nous y retrouverons le type de recherche, la population à l'étude, l'échantillonnage retenu, les critères de sélection des participants, le style d'entrevue choisi ainsi que le schéma d'entrevue et les quatre étapes du plan d'analyse effectué. Nous exposerons les dimensions éthiques de cette recherche ainsi que ses limites.

Le troisième chapitre analyse ensuite les résultats de la recherche. Cette analyse s'articule en trois temps. Le premier temps présente le processus qui a conduit les participants à leur épisode dépressif. Le deuxième temps examine le vécu dépressif lui-même incluant les stratégies individuelles utilisées et le soutien social qui leur a permis de sortir de cet état. Le troisième temps expose les impacts, les changements positifs qui se sont opérés dans la vie personnelle et professionnelle des participants.

Puis, une synthèse des principaux résultats et l'énoncé de perspectives possibles qu'apporte cette recherche pour l'intervention psychosociale, la gestion et le domaine de la recherche précèdent la conclusion finale.

# 1 LA PROBLÉMATIQUE

Dans cette première section, nous présentons l'ensemble de la problématique à partir de ce que les auteurs récents nous en disent. Nous clarifions les notions de santé mentale, de travail, de dépression ainsi que les liens de ces réalités entre elles. Nous formulons les objectifs et les questions spécifiques de cette recherche. Nous résumons différents modèles théoriques qui tentent d'expliquer ce type de problèmes en santé mentale et proposent un mode d'intervention pour y remédier. Nous disons finalement quelques mots de la pertinence d'une telle recherche.

## 1.1 La notion de travail dans le contexte social actuel

Le travail, tous l'admettent, est au coeur de la vie des femmes et des hommes d'aujourd'hui. Qu'il soit domestique, bénévole ou salarié, le travail est pour plusieurs, l'élément le plus accaparant de leur existence, une grande partie de leur temps et de leur énergie y étant consacrée. Nous sommes encore loin de la société de loisirs que plusieurs prédisaient pour le deuxième millénaire. Et l'importance du travail ne se mesure pas seulement par les heures et l'énergie qui y sont affectées mais aussi à ce qu'il apporte : le pain, les biens, les loisirs, etc. L'organisation concrète de notre société consacre cette fonction économique du travail. Bien plus, la considération des personnes et leur reconnaissance sociale dépendent souvent du travail effectué et du type d'emploi occupé. D'une certaine façon, il détermine le rang social des personnes et nous en venons à le considérer comme la source principale de l'identité personnelle.

Quel portrait trace la littérature actuelle à propos de cette réalité du travail et plus spécifiquement du travail rémunéré? Nous ne remonterons pas comme le fait Joshi (1983) jusqu'à la conception religieuse du travail comme châtiment

divin en conséquence de la rupture de l'humanité avec son Dieu. Il est intéressant de constater avec Goguelin (1980) que :

«Le mot travail vient du latin tripalium qui désignait un instrument de supplice à trois pieux sur lesquels on attachait les esclaves qui refusaient de travailler. Il signifie d'abord torture, tourment. Au Moyen Âge, le travailleur juré était le bourreau... C'est au XVI<sup>ème</sup> siècle que travailler se substitue à ouvrir lorsque l'ouvrier ...n'est plus propriétaire de ses moyens de production : il redevient homme de labeur, homme de peine... Le dictionnaire nous indique que le travail est l'ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire ce qui est utile, et que cette activité, organisée à l'intérieur du groupe social et exercée de manière réglée, est une activité laborieuse et rétribuée».

Dans cette recherche, nous considérons le travail comme une activité de production nécessitant une certaine qualification ouvrière et une organisation de plus en plus complexe. Dans les vingt dernières années, avec la révolution industrielle caractérisée par l'arrivée de technologies spécialisées, la multiplication des professions et la diversité des organisations du travail, le travail est devenu une valeur sociale centrale. Le travailleur devient un acteur social (Reynaud, 1991). La technologie se complexifie, les compétences du travailleur s'affinent et la nécessité de la participation de celui-ci à l'organisation s'accroît. L'organisation concrète de notre société consacre cette fonction économique du travail mais ne le réduit pas à cette fonction. Parfois même, elle fait dépendre la reconnaissance sociale du type d'emploi occupé.

«Le travail est devenu aujourd'hui... une des sources principales de l'identité d'une personne...Le travail reçoit donc une importance qui dépasse largement sa fonction économique ou sa valeur instrumentale; il détermine le rang social de la personne en plus d'être une source de relations humaines et un lieu de sociabilité par excellence». (Vézina, 1988)

Vézina et Malenfant (1994) renchérissent en écrivant : *«Comme l'ont montré et affirmé plusieurs auteurs, le travail demeure un facteur d'intégration et de*



*valorisation sociale et occupe une place de premier plan dans la construction de l'identité*». De Gaulejac (1994) tient le même discours : *«Le travail n'est pas seulement un facteur de production indispensable au fonctionnement de l'économie, il est aussi un élément structurant l'identité individuelle et le moyen unanimement reconnu de s'intégrer à la vie sociale*». Toujours dans le même sens, Carpentier-Roy (1995) écrit : *«ce qui frappe actuellement, c'est la place capitale que prend le travail dans la recherche de l'accomplissement de soi et dans la construction d'une image valorisante de soi*». Même lorsque le travail est vécu dans des conditions pénibles et parfois dégradantes, il demeure important.

«Parce qu'il donne une raison d'exister, d'être dans le circuit de la société, de participer à la vie, d'être comme tout le monde, de faire des projets, de gérer sa vie, il reste le critère essentiel d'une intégration sociale réussie. Cette «dure» réalité amène les individus dans une arène de lutte assez impitoyable pour certaines valeurs de partage et de solidarité longtemps reconnues dans la société pré-technologique. C'est une lutte pour l'existence sociale qui est en jeu, chacun ayant à faire la preuve de sa compétence, de son utilité et de ses qualités». (De Gaulejac, 1994)

Nous pouvons conclure avec Paquet (1994) que : *«le milieu de travail représente un aspect fondamental de l'environnement social d'un individu*».

Dans notre recherche, le concept du travail sera donc considéré dans ses deux fonctions principales, sa fonction économique en tant qu'activité de production et sa fonction de reconnaissance sociale en tant qu'acte social.

Comme activité de production, le travail est perçu en lien avec la matière. Acte de transformation de la matière ou de production de biens et de services, le travail, nous l'avons dit, a suscité l'apparition de technologies spécialisées, la multiplication des professions et la complexification de l'organisation du travail.

Comme acte social, nous l'avons dit précédemment, le travail contribue à la construction de l'identité personnelle en plus d'être un facteur d'intégration sociale. Il nous faudra donc regarder de près le soutien social au travail.

Il nous faut dire aussi que la réalité du travail ne peut être détachée ni du milieu dans lequel il s'effectue ni de l'organisation qui le structure. Et comme toute organisation n'est pas neutre mais influence positivement ou négativement la réalisation du travail, nous serons attentif à la perception des participants sur la forme d'organisation de travail à leur emploi. Cette organisation du travail, elle-même conditionnée par la mission de l'établissement ou de l'entreprise, touche les politiques et procédures et inclut les critères de performance établis et les liens sociaux à l'emploi.

## 1.2 La notion de santé mentale

Dans la littérature, il ressort que la notion de santé mentale a évolué dans le temps. Et selon que nous nous attachons aux modèles explicatifs de la santé mentale et des troubles mentaux ou aux modèles utilisés par les chercheurs en ce domaine, nous aboutissons à une conclusion similaire : la santé mentale est devenue un fait social global et la source des troubles mentaux est toujours multifactorielle.

La recherche anglo-saxonne en santé mentale est éloquente à ce sujet. On y affirme (Bibeau et al. 1989) que les dimensions du domaine social sont utilisées à fond dans les recherches mais on ne se risque pas à définir un modèle théorique explicatif des problèmes vécus en santé mentale. Les dimensions qui reviennent le plus souvent sont : revenu familial, contexte de vie, variables socio-économiques, sexe, réseau social présent et mobilisé, dimension culturelle, ethnique, religieuse, etc.

«Sur la base du corpus des deux cents recherches, nous ne pouvons cependant dégager aucun modèle nous permettant d'élucider la dynamique des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux intervenant dans la production des problèmes de santé mentale». (Bibeau et al., 1989)

On y affirme tout de même que les causes des problèmes sont multiples, les répercussions aussi et par voie de conséquence, les réponses le seront aussi selon qu'on se place au niveau du contexte immédiat, microsocial ou macrosocial. La notion de santé mentale y apparaît comme une :

«Réalité complexe qui se situe au point de rencontre de trois axes interactifs : un axe biologique centré sur l'aspect génétique et physiologique des potentialités individuelles en regard de la santé mentale; un axe psychologique (cognitif et affectif) qui reflète la manière dont se constituent au cours du développement les relations de l'individu au monde qui l'entoure et un axe contextuel qui examine les conditions de contexte qui, tant au niveau de la société qu'à un niveau interpersonnel, influencent les problèmes que rencontrent les individus et les stratégies qu'ils élaborent pour y répondre». (Bibeau et al., 1989)

Pour poursuivre dans la ligne de l'importance du domaine social sur la santé, une étude californienne est allée jusqu'à affirmer que plus les contacts sociaux sont nombreux, plus le taux de mortalité est bas (Paquet, 1994). Boisvert et Lemire (1989), quant à eux, apportent l'explication à l'effet que le réseau social allégerait le fardeau des efforts d'adaptation qu'une personne doit déployer dans une situation de changement et, par conséquent, réduirait les symptômes reliés à de trop grandes difficultés d'adaptation. Par ailleurs, Tousignant questionne cet effet immunitaire du réseau social :

«La santé mentale va souvent de pair avec le soutien social que l'on retrouve autour de nous. Il est difficile de savoir toutefois si le soutien social protège les gens exposés à des risques ou si les gens vulnérables n'ont pas les ressources pour mobiliser autour

d'eux le soutien nécessaire». (Tousignant, 1989)

De nos jours, on parle souvent des déterminants de la santé mentale que sont les conditions économiques, les milieux de vie, le soutien social et les compétences personnelles. Mais qu'entendons-nous par la santé mentale? Il n'y a pas de définition universellement reconnue. Longtemps, la santé mentale a été définie par le biais de la maladie mentale et l'accent était mis sur les caractéristiques personnelles des individus (Wallot, 1979). Mais la venue des mouvements sociaux et le développement des sciences sociales ont contribué à mettre en lumière les interactions des individus avec l'environnement social, économique, politique et culturel. Voici quelques définitions modernes de la santé mentale.

Une première définition nous est fournie par l'Organisation mondiale de la santé. Elle fait ressortir les différentes composantes de la santé mentale :

« Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faite de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique». (Association canadienne pour la santé mentale, 1999)

Le document «La Santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre» (Ministère de la Santé et du Bien-être social, 1988) présente une définition de

la santé mentale qui tient compte à la fois des interactions sociales et des valeurs sociétales :

« La santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimum des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale ». ( 20 ans de santé mentale au Québec, 1996)

Un an plus tard, la Politique de santé mentale du Québec (MSSS, 1989) nous en propose une autre reprenant presque mot pour mot le texte de Bibeau et al. (1989). C'est d'ailleurs à cette dernière définition que nous nous référerons tout au long de la recherche.

«La santé mentale comporte trois dimensions : un axe biologique qui a trait aux composantes génétiques et physiologiques; un axe psychodéveloppemental qui met l'accent sur les aspects affectif, cognitif et relationnel; un axe contextuel qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu. C'est l'aspect du psychodéveloppement qui caractérise le mieux l'état de santé mentale. Ainsi la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel) ». (20 ans de santé mentale au Québec, 1996)

### 1.3 Le travail et la santé mentale

Que le travail ait un impact sur la santé mentale, plus personne n'en doute de nos jours. Et c'est devenu presque un postulat d'affirmer que : «*L'environnement au travail joue un rôle important dans le développement des problèmes de santé*» (Abenhaim, 1995). Le propos qui nous occupe n'est pas celui d'identifier

les agresseurs ou risques à la santé mentale comme le serait au plan physique l'exposition au bruit qui peut conduire à une surdité professionnelle. Certes, les tenants du modèle médical offrent leur explication unique et presque universelle au problème de santé mentale. De même, disent-ils, que l'apparition du problème de santé physique provient d'une cause physique ou chimique, de même les problèmes de santé mentale proviennent d'une cause unique qu'il suffit d'identifier pour agir sur elle et résoudre les problèmes. Vézina (1995) soulève les limites de cette théorie de la façon suivante :

«La difficulté d'établir un lien causal entre un problème de santé et un risque spécifique au milieu de travail, tient également au fait que plusieurs maladies sont associées à des facteurs liés à l'environnement en général et aux habitudes de vie du travailleur».

Certes, même si l'impact du travail sur la santé mentale est communément admis, plusieurs questions légitimes sur la nature ou la spécificité de ce lien demeurent. La compétence professionnelle a-t-elle une incidence sur la santé du travailleur? Est-il préférable de ne pas travailler? Le soutien social au travail a-t-il réellement une influence sur la santé des travailleurs? L'organisation du travail est-elle neutre?

Certains disent que le travail en soi peut être protecteur et générateur de santé. Une étude française récente réalisée en 1984 et citée par Abenhaim (1995) a montré que l'espérance de vie des chômeurs est plus basse que celle des travailleurs. Alors pourquoi le travail affecterait-il la santé mentale? Le lien peut paraître évident, la problématique ne l'est pas pour autant. Vinet (1993) donne l'explication suivante : *«L'accumulation des données empiriques ne prendra toute sa signification qu'au moment où une problématique de la question, aussi provisoire soit-elle, aura été établie. Pour l'instant, cette problématique fait cruellement défaut»*. Certes, il y a beaucoup d'études sur le lien entre certains facteurs précis et la santé mentale : par exemple, le statut économique et la

santé mentale, la satisfaction vécue au travail ou le stress et son impact sur la santé mentale. Nous croyons avec Vinet (1993) que c'est l'organisation du travail qui est venue «*bousculer l'éthique du travail*» d'où la rupture entre les deux : d'un côté, le travail apparaît comme valeur sociale, source principale de l'identité personnelle et de son estime de soi, comme lieu de valorisation personnelle par la réalisation de ses aptitudes, de l'autre côté, l'organisation du travail véhicule la règle première de produire le plus possible au moindre coût. Dans ce contexte, le travail devient mécanisé, surspécialisé, isolé et monotone. À plus ou moins long terme, il risque fort d'entraîner des problèmes de santé mentale. C'est devenu un enjeu de santé publique. Vézina (1996) explique :

«Dans les pays occidentaux, les problèmes de santé mentale représentent l'une des principales causes de morbidité de la population... Au Québec par exemple, en comparant les données de l'enquête "Santé Canada" de 1977 avec les données de 1987 de l'enquête «Santé Québec», on constate une augmentation de l'ordre du double des problèmes de santé mentale déclarés par les répondants. De même, lorsqu'on compare les données de l'enquête «Santé Québec» de 1987 avec celles de 1992, on constate qu'il y a une augmentation de l'ordre de 25% du nombre de personnes présentant un état de détresse psychologique».

La littérature sur le lien chômage et santé mentale est abondante. L'analyse de Martin et Baril (1995) à ce sujet est incisive, percutante et pertinente. Et lorsqu'on traite du lien travail et santé mentale, on le fait en pointant du doigt plusieurs réalités liées au travail. Le Comité de la Santé mentale au Québec (1994) consacre toute la première partie de son bilan en santé mentale à l'origine des problèmes en santé mentale au travail. Dans la même veine, en partant des facteurs de risque pour la santé mentale reliés au travail, le Conseil du Statut de la femme (1997) dans son document d'information sur la santé et la sécurité à l'intention des travailleuses reprend les mêmes éléments. Les plus fréquents et les plus à craindre sont les suivants : - division poussée des tâches et standardisation excessive des procédés et résultats qui entraînent une

augmentation des exigences du travail (charge mentale du travail) ce que Salaman (1991) met sous le chapitre de la culture d'entreprise et la recherche de l'excellence; - monotonie des tâches répétitives; - faible pouvoir du travailleur sur son travail et les décisions qui y sont rattachées; - non-reconnaissance du travail fait; - relations conflictuelles au travail.

De plus, on affirme que certains emplois et professions sont plus à risque de conduire le travailleur à une détresse psychologique.

«Les études de Karasek, par exemple, ont montré qu'une organisation qui se caractérise par une demande excessive du travail, accompagnée de peu d'autonomie ou de soutien social, est liée à un risque accru de maladies cardio-vasculaires et de problèmes de santé mentale». (Vézina, 1996)

Le stress relié au travail est une problématique de plus en plus répandue. Ce problème fait l'objet de plusieurs études touchant diverses professions, spécifiquement celles dont l'exercice est en contact avec les gens. Holmes (2001) précise à ce sujet que le stress excessif à l'emploi mène à une détérioration de la performance, une détérioration de la satisfaction au travail, ce qui provoque chez le professionnel des sentiments de tension, d'anxiété, de fatigue et même de dépression. Tennant (2001) et Holmes (2001) énumèrent toute une liste des facteurs de stress au travail: changements de structures au travail, pression prolongée pour une meilleure performance à l'emploi, description confuse et manque de contrôle sur les tâches à faire, pauvreté des relations interpersonnelles, heures de travail excessives et insécurité de l'emploi lui-même.

Mais ici aussi il est difficile d'établir un lien causal entre un facteur unique intrinsèque au travail lequel causerait le problème de santé mentale. Vézina (1996) nous rappelle : *«les principales limites de l'approche causaliste ont trait*



*à son incapacité de prendre en compte le caractère dynamique des différents facteurs de stress au travail et à expliquer les nécessaires sous-jacents aux associations observées». Par ailleurs poursuit-il, les tenants d'une approche cognitiviste du stress insistent sur «l'analyse des facteurs influençant les capacités d'adaptation à un environnement stressant». (Vézina, 1996)*

Il nous faut plutôt nous tourner vers une approche multidimensionnelle de la réalité du travail, vers une approche psychodynamique du travail c'est-à-dire une *«analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail »*. (C. Dejours, 1993, cité dans Vézina, 1996) Cette approche tient compte non seulement des facteurs individuels mais des facteurs organisationnels et sociaux qui peuvent être à l'origine de problèmes de santé mentale dans un milieu de travail. Vézina (1996) résume cette approche à partir de trois rationalités. Une rationalité subjective : le travail est en conformité avec les efforts du travailleur pour sa quête d'identité et d'accomplissement personnel même au travail. Une rationalité objective : c'est-à-dire l'ensemble des facteurs explicatifs des comportements liés aux objectifs de rentabilité, aux règles et procédures émises par la direction de l'établissement ou de la compagnie. Le travailleur se retrouve alors dans une organisation qui soit lui permet d'utiliser ce qu'il est et ce qu'il sait faire pour développer l'organisation et s'accomplir lui-même, soit le place devant des exigences rigides quant aux résultats attendus et une standardisation excessive des processus qui lui donnent le sentiment d'être un robot. Enfin, *«la rationalité sociale réfère à la rationalité des actions par rapport à des normes et des valeurs communes»*. (Vézina, 1996) Le travailleur se sent partie prenante d'une équipe qui a à cœur le développement de l'organisation. Vézina précise que cette approche :

«s'appuie sur une conception de la santé mentale au travail qui est vue comme la résultante d'une interface dynamique et évolutive

entre les objectifs que poursuivent l'individu, l'organisation et le groupe de travail. Dans ce contexte, le travail doit permettre à l'individu de s'accomplir, à l'organisation d'être efficace et efficiente, et au groupe d'être assuré d'une juste application des normes et d'un respect de ses valeurs". (Vézina, 1996)

Dans notre recherche, encore une fois, nous porterons attention à la perception subjective des participants de leur accomplissement au travail et de leur regard sur l'organisation du travail incluant les interactions sociales.

Ainsi, une autre voie qui se veut elle aussi explicative de l'accroissement des problèmes de santé mentale pointe du doigt l'absence de normes sociales communes. Postulant que la santé repose sur une conscience individuelle aiguë de la valeur de son identité et sur une appartenance à des lieux de solidarité sociale, Marie-Claire Carpentier-Roy (1995) fait ressortir les indicateurs de l'anomie sociale et les répercussions au travail. Les deux indicateurs ciblés sont: premièrement, la disparition de «l'affectif» dans les rapports sociaux au travail à la faveur de la finalité «économique» (indicateur intrinsèque au milieu de travail) et, deuxièmement, la division sociale suite à l'éclatement des réseaux de solidarité comme la famille et la classe sociale (indicateur extrinsèque au milieu de travail). Son argument est le suivant : le travail étant le lieu premier d'affirmation de son identité, le lieu de reconnaissance de son être, de sa compétence, le jour où tout est axé sur la productivité, les travailleurs sont dans un régime à base d'évaluation quantitative donc un régime de compétition. Et souvent, ajoute-t-elle, le style de gestion favorise l'intégration du discours économique de l'État au détriment du développement de la compétence. Conclusion, les travailleurs sont infantilisés et les gestionnaires de plus en plus déconnectés de la réalité du travail. Pas étonnant de voir surgir chez les travailleurs des problèmes

de toutes sortes dont ceux en santé mentale. Cette analyse affirme à sa façon le lien d'influence du vécu au travail et de l'organisation sur la qualité de la santé mentale des individus. Nous parlons ici de ce qui peut affecter l'équilibre psychique au travail à savoir le *«registre symbolique, recouvrant l'ensemble des représentations que l'acteur-sujet a de lui, des autres, de son travail »* (Carpentier-Roy, 1995). Et les trois éléments de santé mentale qui interviennent dans tous les milieux de travail *«comme des éléments cardinaux de santé mentale sont des vecteurs qui structurent la charge psychique du travail. Il s'agit de la reconnaissance, de l'autonomie réelle et du pouvoir sur l'acte de travail»* (Carpentier-Roy 1996). Nous reviendrons plus loin sur ces trois éléments.

En résumé, le travail prenant une telle importance, nous pouvons supposer qu'il aura un impact certain sur la santé des personnes, sur leur santé physique et mentale. Qu'en est-il? Est-ce que tous les travailleurs sont en bonne santé? Les personnes qui ne travaillent pas sont-elles nécessairement malades? Ce n'est pas si simple. Il ne suffit pas de gagner un bon salaire pour satisfaire ses besoins fondamentaux, allant des besoins primaires jusqu'aux besoins de créativité pour assurer son épanouissement personnel. Certes plusieurs ont la chance d'actualiser leur potentiel et de développer leurs aptitudes dans un emploi qui facilite leur bien-être et leur santé. Malheureusement, pour plusieurs aussi, leur travail effectué dans des conditions difficiles et pénibles vient altérer leur qualité de vie et leur santé. Dans le «Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail», Monique Simard écrit en post-face :

«À titre de personne qui a oeuvré près de vingt ans dans le monde du travail, plus particulièrement dans le monde des travailleurs et des travailleuses, je me réjouis de constater qu'enfin on reconnaît que le travail peut être à l'origine de problèmes de santé mentale, qu'à elles seules, les caractéristiques individuelles ne peuvent expliquer tous les problèmes ni toutes les maladies d'ordre mental que développent beaucoup trop de personnes dans notre société».

(Vézina et al., 1988)

Si le travail a son impact sur la santé mentale d'un individu, nous sommes en droit de penser que plus le travail représente pour un individu une opportunité d'exercer ses capacités dans des conditions favorables, plus son vécu au travail a des chances de contribuer à son épanouissement personnel et à une bonne santé mentale. À l'inverse, nous pouvons dire aussi : plus le vécu au travail ne représente plus pour quelqu'un une occasion de prolongement de soi ou est vécu dans des conditions pénibles, plus ce vécu risque de devenir un facteur nuisible à sa santé mentale et le conduire à d'autres désordres pouvant aller jusqu'à la dépression.

En conséquence, dans cette recherche, nous nous attarderons davantage au vécu des personnes concernant les trois aspects suivants qui nous apparaissent les plus importants et qui recouvrent plusieurs autres éléments ci-haut mentionnés : la charge mentale de travail, l'autonomie décisionnelle et le soutien social au travail.

Aussi, considérant la charge mentale liée au travail, nous devons regarder de près la nature du travail effectué, la qualité du travail demandée et les exigences de la tâche en termes de tension émotionnelle. Vézina, Cousineau, Megler et Vinet, (1988) présentent la charge mentale comme étant l'adéquation entre les exigences des tâches effectuées et les capacités individuelles du travailleur. En lien avec la charge mentale, nous regarderons l'autonomie décisionnelle du travailleur. L'autonomie décisionnelle fait référence au besoin essentiel de l'être humain d'exercer une certaine maîtrise sur son environnement. Celle-ci s'exerce par ce que Vézina et al. (1988) nomment «l'autonomie de compétence» c'est-à-dire la capacité d'utiliser sa qualification professionnelle et par le «pouvoir décisionnel» c'est-à-dire la possibilité de choisir comment faire son travail.

Quelques mots pour préciser cette notion de charge mentale. Le terme «charge» signifie habituellement un fardeau, un poids, un embarras. Appliqué à la réalité du travail, ce terme pourrait facilement représenter l'aspect ardu, fastidieux du travail. En parlant par exemple de la charge d'un camion, on fait référence effectivement au poids du matériel que le camion transporte. Mais rien ne nous indique si cette charge est trop lourde pour le camion tant que nous ne connaissons pas la capacité maximale du camion en question. Ainsi, la même charge de trois tonnes sera considérée légère pour un camion d'une capacité de dix tonnes mais sera considérée excessive pour un camion d'une capacité de deux tonnes. Il en est ainsi de la charge mentale au travail. Pour la déterminer, il faudra considérer objectivement le poids du travail à faire et subjectivement la capacité individuelle du travailleur. De là l'avantage de la définition retenue qui tient compte des deux aspects mentionnés.

Vézina et al. (1988) apportent la précision suivante : quand les tâches mobilisent les fonctions cognitives du travailleur c'est-à-dire sa mémoire, sa raison, son jugement, on dit qu'elles créent une charge mentale cognitive et quand les tâches mobilisent la capacité affective et relationnelle du travailleur, elles créent une charge mentale psychique. Le travail peut donc entraîner une surcharge ou une sous-charge.

«Ces deux notions de surcharge et sous-charge mentale de travail comportent à la fois une dimension qualitative et une dimension quantitative. La dimension qualitative réfère au degré de complexité du travail compte tenu des capacités (habiletés et connaissances) de la personne qui l'effectue alors que la dimension quantitative s'entend plutôt du grand ou du faible nombre de tâches à accomplir dans des délais réduits ou non». (Conseil du statut de la femme, 1997)

Dans notre recherche, les participants seront appelés à porter un jugement sur leur charge mentale au travail.

L'autonomie décisionnelle fait référence au besoin essentiel de l'être humain d'exercer une certaine maîtrise sur l'environnement ce que Carpentier-Roy (1995) appelle *«le besoin qu'a tout individu au travail, cadre et travailleur de contrôler minimalement l'acte pour lequel il s'est formé et pour lequel il est responsabilisé»*. Vézina et al. (1988) distinguent deux types d'autonomie :

«L'autonomie décisionnelle recouvre deux réalités; l'une concerne l'autonomie de compétence, c'est-à-dire la capacité d'utiliser ses habiletés et ses qualifications et d'en développer de nouvelles; l'autre se rattache au pouvoir décisionnel, c'est-à-dire la possibilité de choisir comment faire son travail et participer aux décisions qui s'y rattachent».

C'est dire que le travailleur, peu importe son domaine d'activités, est confronté soit à un emploi totalement routinier, déterminé d'avance jusque dans les moindres détails ou soit à un travail comportant diverses tâches faisant appel à son intelligence et son jugement. Nous pouvons affirmer d'avance que plus un travail est routinier, plus il est susceptible de scléroser la capacité créatrice du travailleur. Plus aussi, il pourra occasionner des difficultés de santé mentale. Par contre, plus un travail fait appel à l'ensemble des capacités du travailleur, plus il y a de chance que le travailleur développe des habiletés nouvelles. La santé mentale de ce dernier risque moins d'être menacée par le vécu au travail.

Qu'entendons-nous maintenant par soutien social? House (1981) rappelle que cette notion de support social est présentée dans la littérature par différents termes : amour, «caring» (prendre soin de), amitié, intégration sociale et communautaire. Il souligne la difficulté des chercheurs de mesurer le soutien social car souvent les résultats positifs atteints par les individus sont tributaires de la force de leur ego, du fait d'appartenir à telle classe sociale, et de la satisfaction au travail. Les auteurs définissent différemment le soutien social. Pour Cobb, 1976, (House, 1981), le soutien social représente l'information amenant quelqu'un à croire qu'il est aimé, qu'on prend soin de lui, qu'il est

valorisé et qu'il appartient à un réseau de communication. Cette définition fait référence au soutien émotif, au support relié à l'estime de soi et au réseau de soutien. Kahn et Antonucci, 1980, (House, 1981) définissent le soutien social en termes d'admiration (dimension affective) et d'assistance directement accordée (dimension de l'aide). Pineau, 1975, (House, 1981) le présente en termes d'assistance tangible tant au niveau cognitif qu'émotif. Caplan, 1976, (House, 1981) l'aborde en lien avec le stress et la santé mentale. Il le définit en termes d'attachements, de liens entre les individus et les groupes qui servent à améliorer la capacité de composer avec des crises situationnelles ou des difficultés à plus long terme.

Dans notre recherche le soutien social sera effectivement considéré comme un facteur influençant la santé mentale des individus. Bozzini et Tessier (1995) affirment à ce sujet : *« Toutes les études effectuées... mènent à une conclusion impressionnante: le support social semble avoir un effet immunitaire quasi universel »*. L'explication habituellement donnée s'appuie sur le fait que l'homme est un être social qui ne peut satisfaire seul l'ensemble de ses besoins. Alors pas de santé possible sans insertion dans un réseau significatif de support social. Le support social est entendu ici comme le *« répertoire de liens autour d'un individu, susceptible de lui procurer diverses formes d'aide c'est-à-dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie »* (Bozzini et Tessier, 1995). Le soutien social sera dit « personnel » lorsqu'il représente les liens interpersonnels entretenus avec les proches: conjoint, enfants, amis. Il constitue un soutien principalement d'ordre affectif.

Au travail, le soutien social fait référence au besoin essentiel de tout individu d'être reconnu dans ce qu'il est et ce qu'il fait par ses groupes d'appartenance, en l'occurrence par ses pairs et ses supérieurs hiérarchiques. Le soutien social à l'emploi représentera toute forme d'aide concrètement accordé au travailleur pour favoriser sa contribution dans l'organisation. Nous incluons dans cette

notion, les mesures de développement, les formations reçues, toute forme d'adaptation de la tâche pour en faciliter la réalisation. Et comme nous abordons ces notions par le biais du vécu subjectif, nous nous attacherons autant à la charge mentale liée au travail telle que perçue par les participants qu'au soutien social au travail tel que perçu par eux. Le soutien social se traduit également par la reconnaissance manifestée par le supérieur immédiat et les collègues de travail. Aussi dans cette recherche, nous retiendrons avec Carpentier-Roy (1996) que :

«La véritable reconnaissance fait référence au témoignage explicite traduisant un jugement favorable porté sur le travail réel. Jugement sur la beauté et l'utilité du travail fait, en tant qu'il exprime connaissance, compétence et expérience dérivées de la culture de métier».

Holmes (2001) souligne qu'une telle attitude de considération de la part des supérieurs influence grandement et positivement la pression subie au travail ainsi que les relations interpersonnelles.

Ceci étant dit, certains pourraient prétendre que la capacité d'adaptation de l'individu est telle qu'il peut très bien faire face à un vécu au travail accablant sans que sa santé mentale en soit sérieusement menacée. Il est vrai que pour le même travail, les réactions individuelles sont bien différentes. De Gaulejac et Taboada (1994) l'expriment ainsi :

«Dans des conditions objectives semblables, les réactions et les stratégies mises en place par les individus pour faire face aux problèmes qu'ils rencontrent seront différentes; ce qui chez l'un provoque le repli sur soi et l'isolement, entraînera chez d'autres agressivité, fuite dans l'alcoolisme, ou mobilisation de toutes ses ressources pour s'en sortir».

Nous pouvons donc supposer que certains comportements, conscients ou



inconscients, s'avèreront aidants ou nuisibles quant à la préservation d'une bonne santé mentale. À ce sujet, DeGaulejac et Taboada (1994) ont développé une typologie intéressante basée sur les moyens qu'utilise l'individu pour tenter de réduire ou supprimer sa souffrance. L'individu a trois choix : *«modifier le sens accordé à la situation, modifier la situation sociale à l'origine de la souffrance ou agir sur son éprouvé de la souffrance»*. ( De Gaulejac et Taboada, 1994)

D'où les trois stratégies retenues par ces auteurs pour faire face à ce vécu au travail. Une première : puisque l'individu est incapable de changer sa situation au travail, il tente d'agir sur le sens accordé à cette situation. Il adopte des *«stratégies de contournement»* qui permettront au sujet de prendre des distances avec le système de valeurs qui le stigmatise et de résister à l'intériorisation de l'image négative de lui-même qui lui est renvoyée par les autres. Une deuxième : l'individu décide d'agir sur la situation et de modifier l'impact négatif de ce qu'il vit au travail. Il adopte alors des *«stratégies de dégagement»* qui l'aideront à sortir de la situation. Il mobilise son énergie pour trouver des pratiques de santé mentale au travail. Il mettra à profit son agressivité pour dénoncer les sources de malaises. Il affirme sa perception de l'organisation du travail. Il trouve des lieux pour exprimer son vécu émotif. Il dit ses besoins et formule ses attentes. Il adopte des moyens pour gérer son stress. Toutes ces mesures ou comportements favoriseront la préservation de son image positive de lui-même et l'aideront à s'adapter à son milieu de travail. Une troisième : se sentant incapable d'agir sur sa situation ou sur sa signification, l'individu cherche des moyens de supporter sa souffrance et à la limite s'y résigne. Il adopte des *«stratégies de défense»*. Ces stratégies dépendent en grande partie de l'image négative qu'il a de lui-même. Il cherche à nier la réalité, à la fuir pour préserver son estime de soi. Mais de plus en plus, il intériorise une image négative de lui-même, se résigne à son sort et voit sa santé mentale se détériorer à grande vitesse.

#### 1.4 La santé mentale et la dépression

La santé mentale des individus peut être affectée de bien des façons. Comme cette recherche tente de recueillir la perception de certaines personnes sur le lien possible entre la réalité vécue au travail et le fait qu'elles aient développé un état dépressif, nous nous devons de préciser ce qu'est la dépression.

L'expression «déprimer» est utilisée à bien des sauces. Ce terme n'évoque pas nécessairement la même réalité pour tous. Il peut tout aussi bien recouvrir une baisse momentanée d'énergie, un sentiment d'être abattu, sentiment douloureux d'être rejeté par les proches, une attitude globale à l'égard de la vie toujours perçue sous son aspect sombre et désespérant. Dans cette recherche, la dépression ne sera pas définie en termes d'«*avoir les bleus*» ou traduisant une «*déprime passagère*». Elle ne signifiera pas non plus la période précédant l'acceptation d'une perte dans le processus de deuil.

En ce qui touche les sortes de dépression, là aussi, les choix ne manquent pas ni les classements. Pour les besoins de cette recherche, nous ne retiendrons que la distinction faite dans le DSM IV (1996), entre la dépression psychotique ou dépression majeure et la dépression névrotique. Disons que dans toute dépression nous trouvons la tristesse de l'humeur. Dans la dépression psychotique, la tristesse est permanente, et rien, ni plaisir ni activité, ne peut distraire la personne dans cet état. On l'appelle psychotique parce que dans toute psychose, la réalité est déformée et le contact avec le réel n'est plus adéquat. Dans ce type de dépression, les personnes doivent prendre des médicaments antidépresseurs et parfois elles doivent même être hospitalisées. Leur capacité d'«insight» étant pratiquement inexistant, la psychothérapie n'est pas recommandée, mais on peut leur offrir une relation de soutien.

Dans la dépression névrotique, la tristesse et les autres symptômes, quoique

importants, ne sont pas permanents. Les personnes ainsi affectées n'ont pas nécessairement besoin d'antidépresseurs. Elles peuvent bénéficier d'une relation d'aide professionnelle.

Ici, la notion de dépression ne sera pas identifiée à la dépression majeure dite psychotique. Elle sera définie plutôt en termes d'état dépressif, de problème de santé mentale qui affecte la personne dans ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Donc, c'est un état où l'individu est perturbé dans la réalisation de ses activités quotidiennes et est affecté dans l'ensemble des sphères de sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Et pour exprimer une telle situation temporaire, nous parlerons d'épisode dépressif.

### 1.5 Le travail et la dépression

Dans la littérature existante, plusieurs recherches ont été réalisées et montrent davantage le lien entre la dépression et certains facteurs défavorables, sociaux et économiques. Souvent, le travail et la dépression sont associées mais par le biais du chômage et les conséquences de la perte de l'emploi. Martin et Baril (1995) ont bien cerné cette réalité. Ils présentent le scénario suivant : le chômage amène des difficultés de santé mentale qui conduisent à la dépression et parfois au suicide. Comment expliquer ce phénomène? La reconnaissance sociale et la perception de son identité étant fortement liées au travail rémunéré, que se passe-t-il lors d'une perte d'emploi? Le sentiment de non-productivité s'installe, suivi du sentiment de perdre son statut social, son identité. Puis, peu à peu, la personne s'isole et sombre dans la dépression. Martin et Baril (1995) parlent du passage de l'image de soi dévalorisée socialement à l'image de soi dévalorisée subjectivement, de sorte que le pas suivant est l'effondrement de l'estime de soi qui conduit au suicide. Si toutes les personnes ne se rendent pas à la fin de ce scénario, la plupart de celles qui vivent une telle dépression

envisagent cet aboutissement comme une fin possible à leur douleur. Or, si la perte du travail conduit des personnes à la dépression, il est reconnu également que le travail lui-même peut contribuer à l'apparition d'un état dépressif.

Disons au départ que peu importe l'explication que les auteurs donnent de la dépression, tous reconnaissent qu'elle entraîne des problèmes somatiques, affectifs et relationnels qui perturbent les activités de la vie quotidienne. Leurs divergences proviennent de l'explication qu'ils donnent à la dépression. Seul le modèle médical prétend que la dépression est d'ordre physique, physiologique ou héréditaire. Or, le Comité de la Santé mentale du Québec (1994) est catégorique à ce sujet en affirmant que : *«Toutes les recherches récentes confirment qu'il n'existe pas de dépression ayant exclusivement des causes biologiques»*. Dans notre recherche, nous prenons donc pour acquis que les causes de la dépression sont multifactorielles.

### 1.6 Les objectifs et les questions de recherche

La santé mentale, nous l'avons dit plus haut, est un domaine et un champ de plus en plus développé dans la littérature. Elle l'est aussi dans l'organisation concrète des services de santé et services sociaux. Elle considère une multitude de sujets allant des personnes à risque de présenter des problèmes de santé mentale en passant par celles vivant des troubles transitoires de santé mentale jusqu'à celles aux prises avec des troubles sévères et réfractaires au traitement. La dépression affecte de plus en plus de personnes dans notre contexte nord-américain. Dans notre pratique professionnelle de travailleur social, nous l'avons dit au début, nous avons rencontré des personnes qui cherchaient à comprendre ce qui leur était arrivé pour qu'elles se laissent ainsi dériver et qu'elles n'aient plus le goût de vivre. Ce qu'elles nous disaient de leur vécu au travail était souvent en lien avec l'apparition de leur état dépressif. Voici donc

les objectifs de cette recherche.

Le premier objectif est de décrire le processus qui a conduit à un état dépressif comme problème de santé mentale.

Le deuxième objectif veut rendre compte de la réalité vécue par les personnes ayant vécu cet état dépressif et comment elles s'en sont sorti.

Le troisième objectif est de décrire l'impact et la signification de cet épisode dépressif sur la suite de leur existence, donc impacts sur leur vie personnelle, professionnelle et sociale.

Ces objectifs soulèvent des questions concernant ce que nous connaissons moins bien de ce phénomène c'est-à-dire le champ des perceptions et des significations qui guident les attitudes et les actions des individus. Ce qui nous amène à formuler ainsi nos questions de recherche :

- (a) Comment, à partir de leur perception individuelle, décrire l'expérience de personnes ayant vécu un état dépressif les obligeant à quitter temporairement un travail rémunéré?
- (b) Quelles significations donnent-elles à cet épisode de leur vie?
- (c) Comment perçoivent-elles leur contexte de travail, leur autonomie professionnelle, la charge mentale liée à leur emploi et le soutien social dans leur vie personnelle et au travail.
- (d) Quelles ont été les stratégies d'adaptation qu'elles ont utilisées dans les difficultés?
- (e) Comment décrivent-elles l'impact de cet épisode dépressif sur l'ensemble de leur vie?

Nous faisons donc appel à la perception qu'ont les personnes elles-mêmes de

leur vécu. Nous faisons appel à leur vécu subjectif. Michelat (1975) écrit pertinemment :

«Ce qui est d'ordre affectif est plus profond, plus significatif et plus déterminant des comportements que ce qui n'est qu'intellectualisé. Cela ne veut pas dire que ce qui est affectif n'a pas son correspondant dans une expression intellectualisée, ou n'a pas de composante intellectualisée. Mais ce qui n'est qu'intellectualisé, ce qui n'est pas pris en charge affectivement par la personnalité n'a qu'une signification faible et une relation réduite avec les comportements de l'individu».

Nous entendons par «vécu subjectif » autant la perception subjective de la personne au moment même de son expérience que la perception globale, réfléchie et liée à l'interaction de cette personne avec son environnement, donc intériorisée par la suite dans son champ de conscience. Nous dépassons donc l'aspect purement subjectif de la connaissance immédiate et nous référons à la représentation que la personne se fait de son vécu, à la signification qu'il prend pour elle par la suite. En allant chercher la perception même des personnes sur leur vécu, il va de soi que nous devons respecter leur regard et leur propre analyse.

Dans nos questions, nous utilisons volontairement le terme «emploi» qui fait référence au travail rémunéré puisque c'est lui et non le travail bénévole ou domestique qui est tellement valorisé dans notre société.

Les participants à cette recherche devront donc avoir vécu ce type d'état dépressif et pas seulement un épuisement professionnel qu'on appelle aussi «*burnout*». Neveu (1995) s'est attardé à préciser le concept d'épuisement professionnel. Il montre que ce concept souvent associé exclusivement au concept du stress est un concept multidimensionnel où se joue l'assèchement émotionnel, dépersonnalisation et sentiment de non-accomplissement. Ce

concept fait référence à l'épuisement à un triple niveau : «émotionnel» c'est-à-dire proche du sentiment de dépression, «mental» c'est-à-dire sentiment de dévalorisation et «physique» c'est-à-dire caractérisé par divers symptômes physiques. Neveu (1996) souligne à juste titre la dimension «processus» du *burnout* lorsqu'il écrit : *«il s'agit de montrer que le burnout n'est pas «quelque chose que l'on a ou que l'on a pas», mais bien un phénomène dont la nature se décompose en séquences temporelles, tout aussi graduelles que peuvent l'être ses effets ou ses manifestations»*. Il faut éviter de confondre épuisement professionnel et dépression.

«Toutefois, au vue d'une recension récente (Kahn & Byosiére, 1992), le problème ne semble pas toujours résolu de façon satisfaisante, la notion de burnout se confondant encore dans les esprits avec d'autres types de réactions affectives au stress, c'est-à-dire dépression et anxiété, ennui et fatigue, aliénation et implication». (Neveu, 1995)

Pour les besoins de cette recherche, nous retiendrons la distinction majeure suivante entre les deux : la dépression affecte la personne tout entière dans toutes les sphères de sa vie, personnelle, professionnelle et sociale alors que le burnout affecte le fonctionnement d'un individu dans une sphère de sa vie, la sphère professionnelle. La personne en dépression est dysfonctionnelle dans tout ce qu'elle vit alors que la personne en burnout est dysfonctionnelle à son travail uniquement. Il arrive que le burnout est à l'origine d'un état dépressif mais il est justifié de le considérer comme un épuisement lié à l'emploi d'où son nom d'épuisement professionnel.

### 1.7 Les aspects théoriques

On ne pourra jamais empêcher l'intelligence et la raison humaine de chercher des explications aux phénomènes humains. Et selon qu'on appartient à telle

école de pensée, selon qu'on est de telle profession, notre vision de la réalité en est influencée. Il en va de même en santé mentale et des difficultés, problèmes ou maladies qui y sont reliés. Nous résumons ici, les conclusions de recherches réalisées dans ce domaine et divers points de vue que présentent différents modèles théoriques qui se veulent explicatifs de ces réalités. Nous pourrions par la suite faire certains liens avec le témoignage des participants.

Sévigny (1994) souligne qu'en examinant les recherches en santé mentale nous retrouvons les modèles qui suivent. Un premier modèle médical utilise l'approche causale. La maladie est définie par ses symptômes et le critère de la guérison est la disparition des symptômes.

Le modèle biopsychosocial étudie l'interaction des déterminants biologiques, psychologiques et environnementaux. Ce modèle, précise Joshi (1983), est riche de l'influence de la psychiatrie sociale et de la théorie de l'apprentissage. Par contre, on lui reproche souvent d'insister davantage sur le bio et le psycho que sur le social.

Le modèle écologique s'attache à l'interaction des facteurs psychologiques, environnementaux, sociaux et culturels. L'expérience de la maladie dépasse l'aspect pathologique et insiste sur la signification sociale et culturelle du problème vécu dans un contexte particulier. La difficulté en recherche est de mesurer ces facteurs. On comprend qu'à cause de leur méthodologie, les chercheurs utilisent une méthode d'analyse qualitative. De toute manière, nous dit M-A Tremblay (1989) :

«Les enjeux méthodologiques dans le champ de la recherche psychosociale en santé mentale renvoient aux difficultés de reproduire les exigences de la méthode scientifique tout en rendant compte de la complexité du phénomène étudié».



En ce qui touche l'évolution des modèles, sans refaire toute l'histoire à ce sujet, rappelons qu'avant l'arrivée de la médecine, les personnes présentant des comportements sociaux bizarres et menaçants étaient étiquetés «possédés du démon» par un modèle religieux qui expliquait l'inconnu en se référant à Dieu ou à diable selon que cet inconnu était jugé bon ou mauvais pour les hommes. (Joshi, 1983)

Le problème de santé mentale et, plus spécifiquement, la dépression peut être expliqué de bien des façons. Et selon que notre vision se rapproche davantage de la maladie mentale que de la santé mentale en tant que phénomène global, la définition du problème sera différente, le focus de l'approche sera différent et par conséquent, l'objectif dans l'intervention sera aussi différent. Voyons de plus près chaque modèle.

#### 1.7.1 Le modèle médical

À l'arrivée de la médecine comme science, le modèle médical s'est imposé. Selon ce modèle, le problème est présenté comme un dérèglement physique ou physiologique. La cause est d'ordre organique. D'où l'importance de mettre le focus sur les symptômes physiques facilement identifiables pour établir un diagnostic. Le traitement physique, chimique ou neurologique vise à éliminer les symptômes. On dira que la personne a retrouvé sa santé lorsque les symptômes seront disparus. Les symptômes associés à la dépression sont habituellement les suivants : tristesse de l'humeur, mal de vivre, mal d'être, perception négative du temps (passé gâché, présent douloureux, pas d'avenir), dévalorisation, culpabilité et désespoir.

Ce modèle, longtemps dominant, fut bientôt contesté de toutes parts. Il fut contesté de l'intérieur du corps médical par l'arrivée de la psychiatrie sociale ou communautaire qui voulut intégrer l'approche écologique de la santé. L'accent

est alors mis sur la santé publique et la médecine sociale et préventive est axée sur les habitudes de vie et l'implication des membres dans la communauté. La maladie s'annonce davantage comme un construit de facteurs autres que physiques (Corin, 1995). Le chemin sera long avant de considérer la santé comme le résultat d'un bien-être physique, de l'équilibre psychologique et d'une intégration sociale positive.

### 1.7.2 Les modèles psychologiques

Le modèle médical fut également contesté par la psychologie, l'anthropologie et les sciences humaines. En psychologie (Joshi, 1995), le modèle médical a longtemps influencé la conception et la pratique en santé mentale. On attribuait au comportement inadapté une cause biologique et psychologique à la fois. Le symptôme perdait de son importance. Le traitement devait s'assurer de faire disparaître la cause sous-jacente. Un autre courant psychologique mit en lumière les effets bénéfiques ou dévastateurs du stress sur la santé mentale. Le lien corps et esprit est ici rétabli dans ce que nous appelons le «psychosomatique». La santé mentale n'est plus unidimensionnelle. Sévigny (1994) distingue ainsi quatre modèles psychologiques.

#### - Le modèle psychanalytique

Avec l'approche psychanalytique, le problème est considéré comme un comportement inadapté dont la cause est d'ordre biologique et psychologique. Le focus est mis sur le processus inconscient qui conduit un individu à de tels comportements. L'objectif dans l'intervention vise, par la rationalisation et l'analyse à rendre le sujet conscient et fonctionnel. Il faut reconnaître que cette approche est encore fortement influencée par le modèle médical.

#### - Le modèle behavioriste

Avec l'approche behavioriste, le problème est perçu comme le fruit d'un apprentissage cognitif et comportemental inadéquat. Comme le focus est mis sur le comportement, l'objectif dans l'intervention sera donc de reprendre un nouvel apprentissage comportemental.

#### - Le modèle holistique

Avec l'approche holistique, on refuse la dichotomie corps-esprit, conscient-inconscient. La personne est une entité globale. Le problème sera expliqué par l'action d'un stress négatif qui affecte la personne autant dans sa santé physique que mentale. Une maladie physique affectera la santé mentale et inversement, des problèmes de santé mentale produiront des problèmes de santé physique à l'individu. On entre dans le monde du «psychosomatique». Le focus est mis ici sur la personne qui réagit comme un tout, un être à la fois corporel et spirituel. L'objectif dans l'intervention sera donc de rétablir tout simplement la santé de l'individu.

#### - Le modèle humaniste

Avec l'approche humaniste, principalement sous l'influence de Rogers, le problème dépend du sens donné par la personne à son expérience. Toute difficulté ou problème de santé mentale est perçu comme un échec à la croissance personnelle ou au moins une opportunité de croissance personnelle. Le focus est mis sur le système de valeurs de l'individu, sur le sens qu'il donne à son existence et à la signification qu'il donne à son expérience individuelle. L'objectif en est un de croissance personnelle. (Joshi, 1983)

### 1.7.3 Le modèle écologique

L'approche écologique, appelée aussi bio-psycho-sociale, considère l'univers physique et social comme l'environnement de la personne. Cet univers dépasse le systémique qui se limite trop souvent au milieu social restreint de l'individu (Sévigny, 1994). Ce modèle est appelé par Joshi (1983) «socio-culturel». Avec cette approche, le problème n'est pas lié au symptôme ni à un diagnostic médical ni au comportement conscient ou inconscient mais est lié à la conception générale de la santé mentale dans tel contexte socioculturel. Ici, la base n'est plus évidemment les symptômes et le diagnostic mais les normes culturelles et sociales reconnues. L'évaluation du trouble mental ne dépend plus seulement du diagnostic psychiatrique mais du contexte social et culturel de sorte que le comportement jugé «schizophrénique» dans telle société ne le serait pas nécessairement dans toutes les sociétés. Il devient donc important de trouver les facteurs responsables du déséquilibre au niveau de l'interaction sociale. L'anormalité est vue davantage comme une mésadaptation sociale (Joshi 1983). Le focus de l'intervention sera mis sur les interactions sociales, personnelles et environnementales. L'objectif devient : trouver les facteurs sociaux responsables du déséquilibre et tenter de restaurer l'actualisation de la personne. En conséquence, la santé mentale sera vue comme le résultat de l'actualisation des potentialités de la personne humaine (Joshi, 1983). Pour saisir la santé mentale de quelqu'un, il nous faudra donc comprendre ses valeurs, le sens qu'il donne à sa vie, et la relation qu'il entretient avec son milieu physique et humain. L'individu est un agent de son propre devenir mais il n'en demeure pas moins lié au contexte socioculturel de son époque. La santé mentale englobe maintenant le bien-être physique, l'équilibre psychologique et l'intégration sociale. La normalité fait référence à un modèle dynamique de la personnalité face à des conditions optimales de croissance et d'intégration (M-A Tremblay, 1983). Un déplacement d'accent s'est effectué : on est passé de la maladie mentale du modèle médical à la santé mentale globale.

### 1.8 Pertinence de la recherche

Cette étude nous semble innovatrice par la perspective phénoménologique qu'elle apporte à la question. À notre connaissance, les études qui traitent de ce sujet ont été peu explorées. L'aspect qui nous apparaît le plus important provient du fait que l'objet de cette recherche est le point de vue des sujets eux-mêmes sur leur vécu. La dépression a souvent été interprétée à partir de la compréhension de différents professionnels, médecins, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc. ou même à partir de l'accumulation de données statistiques sur telle population cible. Cette fois, la parole est donnée aux personnes pour qu'elles puissent nous dire elles-mêmes la genèse, la nature et l'impact de leur arrêt de travail pour cause de dépression.

Cette recherche, nous l'espérons, pourra être utile à des personnes qui vivent ce type de problème de santé mentale car les résultats seront tirés du vécu même des participants. De présenter ainsi le vécu de dix travailleurs qui ont vu leur existence basculée dans un état dépressif et qui ont dû pour un temps quitter un emploi qu'ils avaient choisi et aimé, pourra permettre de mettre en lumière certains moyens de préserver ou même rétablir la santé mentale.

Cette recherche pourrait aussi être utile à différents intervenants en relation d'aide avec des personnes dans une situation semblable. Les résultats de cette recherche pourraient leur apporter une compréhension nouvelle de cette réalité. Cette compréhension pourrait modifier leur vision et la façon de remplir leur rôle d'aidant dans la situation.

De plus, comme les participants à cette recherche proviennent de milieux de travail différents, l'étude pourrait servir à sensibiliser le monde des employeurs et des gestionnaires à l'importance pour eux de se soucier de la santé mentale de leurs employés et à leur incontournable responsabilité de mettre en place

des conditions qui la préservent.

Enfin, cette recherche se veut pertinente aussi d'un point de vue théorique en ce sens qu'elle vise à apporter un certain éclairage à la problématique établie à partir de la littérature.

## 2 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La présente étude s'intéresse à l'expérience d'individus à l'occasion d'un épisode dépressif qui les a forcés à quitter temporairement leur emploi. Le focus est mis sur leur vécu en lien avec leur emploi tel que perçu par eux-mêmes. Ce thème est relativement peu exploré, à notre connaissance, mais ce que nous cherchons à comprendre dans ce phénomène, impose un type de recherche bien spécifique. Dans cette section, nous exposons les choix méthodologiques retenus.

### 2.1 Choix du type de recherche

Dans cette recherche, le point de départ est l'expérience même des individus sur leur vécu dépressif en lien avec leur vécu au travail et notre intérêt est de comprendre leur perception de ce vécu. Sans faire ici tout un exposé «débat» sur la recherche quantitative versus la recherche qualitative, rappelons que cette dernière a acquis ses lettres de noblesse scientifique.

«La recherche traditionnelle... est dominée par le paradigme de la méthode hypothético-déductive, propre aux sciences naturelles... Le second paradigme auquel se rattachent les méthodologies qualitatives est holistique-inductif et il est basé sur des perspectives développées en phénoménologie, en interactionnisme symbolique, en ethnométhodologie et en psychologie écologique». (Patton, 1983, cité dans Bachelor, 1986)

Le but est toujours de connaître la réalité et d'en rendre compte mais les chemins et les disciplines pour y parvenir sont multiples et tous ont leurs fondements valables. Pour notre sujet, il aurait été possible et sans doute intéressant d'aller vérifier certaines hypothèses au moyen de variables prédéfinies. Mais tel n'est pas l'orientation retenue. Nous avons choisi de

donner la parole aux personnes pour tenter de décrire le mieux possible leur vécu, de comprendre le mieux possible la signification qu'elles donnent à leur vécu et à partir de leur expression de faire ressortir les liens qui se dégagent de leur témoignage pour en saisir la problématique.

«La recherche qualitative ne rejette pas les chiffres ni les statistiques mais ne leur accorde tout simplement pas la première place; elle se concentre plutôt sur l'analyse des processus sociaux, sur le sens que les personnes et les collectivités donnent à l'action, sur la vie quotidienne, sur la construction de la réalité sociale». (Deslauriers, 1991)

Nous avons choisi de faire une recherche empirique. Nous avons donc privilégié une démarche exploratoire de type qualitatif. Poupart, (1979-80) en parlant des deux conceptions différentes de la science et du comportement, soit celle du positivisme scientifique et celle de la phénoménologie et de l'interactionisme symbolique, montre bien l'apport de cette deuxième approche :

«Cette perspective suppose donc une approche qui explore de l'intérieur ce qui pousse les individus à agir, une approche plus empathique de la part du chercheur qui va trouver son fondement dans la phénoménologie et l'interactionisme symbolique. En effet, tant pour la phénoménologie que pour l'interactionisme symbolique, il est impératif de comprendre le comportement des individus à partir de leur vécu quotidien et à travers les perceptions que ces derniers peuvent s'en faire». (Poupart, 1979-80)

La perspective phénoménologique s'impose pour assurer une accessibilité au phénomène étudié. Cette méthode réclame aussi une description rigoureuse des phénomènes à la base de toute réalité empirique, et, comme l'explique Thinès (1980) rapporté par Bachelor (1986), elle étudie systématiquement les faits expérientiels tels que vécus concrètement et personnellement par le sujet, ce qui est à l'opposé de l'étude du sujet en tant qu'objet. Deslauriers précise:



«Chaque personne n'intériorise pas la société directement mais bien par des «médiations» c'est-à-dire grâce à des groupes où la personne fait l'expérience de la société d'une façon indirecte et la change. Ces groupes sont la famille, le milieu de travail, le voisinage, les associations volontaires» (Deslauriers, 1991)

Elle veut saisir les relations signifiantes de l'organisme avec son monde naturel spécifique.

«La phénoménologie considère que le monde vécu de l'expérience est la base même de toute connaissance, qu'il est antérieur à tout univers de discours spécialisé qu'il sous-tend. C'est le premier monde connu du sujet, source où sont puisées réflexion ou conceptualisation particulière". (Bachelor, 1986)

Cette approche s'impose également pour permettre et favoriser l'expression authentique des individus rencontrés.

«Les mesures qualitatives permettent donc au chercheur d'enregistrer et de comprendre les individus tels quels, sans spécifier ses champs d'expression à travers une sélection antérieure de catégories de réponses qui risqueraient de compromettre la pleine expression des vécus individuels». (Bachelor, 1986)

De cette façon, nous nous approchons du mode personnel et singulier de chacun pour connaître leur expérience individuelle unique. Bachelor explique qu'il s'agit là d'une démarche heuristique qui nous fait entrer dans la conscience du vécu lequel conduit au «construit» de la signification.

«La méthode phénoménologique vise moins l'identification des déterminants d'un comportement que l'étude de sa signification et de sa structure fondamentale. La compréhension (le sens) du comportement plutôt que son explication (les causes) devient donc l'objectif principal». (Bachelor, 1986)

## 2.2 La population à l'étude

Cette étude a été réalisée auprès d'une population de l'Abitibi-Témiscamingue composée d'hommes et de femmes. Nous sommes conscients avec Michelat que :

«Dans une enquête qualitative, seul un petit nombre de personnes sont interrogées. Elles sont choisies en fonction de critères qui n'ont rien de probabilistes et ne constituent en aucune façon un échantillon représentatif au sens statistique. Il est surtout important de choisir des individus les plus divers possible». (Michelat, 1975)

C'est pourquoi aucun milieu de vie ou de travail n'a été pré-établi quant au choix de cette population à l'étude. Nous expliquons plus loin le fait que nous n'avons pas trouvé deux hommes et deux femmes pour chaque groupe d'âge comme nous l'aurions souhaité. Ce cadre par groupe d'âge n'avait comme seul but que de favoriser la diversité des participants. Nous présentons à la page suivante le tableau de cette population à l'étude.

**Tableau I Population à l'étude**

<b>Prénoms fictifs</b>	<b>Sexe</b>	<b>Age</b>	<b>Domaine d'emploi</b>
<b>Groupe A 26 à 35 ans</b>			
<b>Anne</b>	F	35	Commercial
<b>Groupe B 36 à 45 ans</b>			
<b>Bertrand</b>	M	39	Minier
<b>Brigitte</b>	F	42	Santé
<b>Brenda</b>	F	43	Éducation
<b>Bernard</b>	M	43	Minier
<b>Groupe C 46 à 55 ans</b>			
<b>Claire</b>	F	46	Éducation
<b>Charles</b>	M	49	Éducation
<b>Céline</b>	F	50	Santé
<b>Colette</b>	F	52	Éducation
<b>Claude</b>	M	56	Commercial

## 2.3 L'échantillonnage

Comme nous voulons favoriser l'expression d'aspects spécifiques, notre but est de recueillir le plus grand nombre possible d'informations sur les différentes constructions de la situation vécue. Nous avons donc opté pour un échantillon non probabiliste.

### 2.3.1 Les critères de sélection

Nous avons choisi d'aller vers des personnes qui résident dans la Municipalité Régionale de Comté de Rouyn-Noranda. Comme notre recherche fait appel à la signification que ces personnes donnent eux-mêmes de leur vécu, il aurait été contre-indiqué de les rencontrer pendant leur épisode dépressif. La recherche est donc rétrospective. Combien de temps après leur épisode dépressif pouvions-nous procéder aux entrevues? Attendre trop longtemps suite à leur rétablissement comportait un risque de distorsion de la mémoire de leur vécu dépressif et de leur vécu à l'emploi donc risque de biaiser la cueillette d'informations. Il nous est apparu plus pertinent de choisir des personnes qui avaient soit réintégré leur emploi, soit changé d'emploi. Nous devions donc nous assurer qu'elles avaient repris leurs activités quotidiennes d'une façon normale et satisfaisante. Pour ces raisons, nous avons établi que cette période ne devait pas dépasser dix-huit mois après l'épisode dépressif.

En termes d'âge, nous avons choisi des individus entre 26 et 55 ans, donc des personnes ayant probablement quelques années de travail à leur actif et se situant avant la retraite. Avoir choisi tous les sujets dans la trentaine aurait eu l'avantage d'apporter une lumière plus intense sur cette catégorie de personnes mais ce n'était pas notre intention. Nous avons également choisi de retenir des personnes des deux sexes. Nous espérons que des hommes acceptent de participer au projet de recherche tout en sachant qu'il serait plus difficile d'en

recruter car il est reconnu qu'ils consultent peu lorsqu'ils vivent des problèmes personnels. Enfin, nous souhaitons que les sujets soient de milieux de travail différents et de statut économique différent.

Nous avons donc déterminé trois sous-groupes d'âge comportant chacun deux hommes et deux femmes : un groupe A constitué de personnes de 26 à 35 ans, un groupe B de personnes de 36 à 45 ans et un groupe C de personnes de 46 à 55 ans. Des dix personnes qui nous ont été référées, une seule faisait partie du groupe A, quatre du groupe B et cinq du groupe C. Devant l'impossibilité de respecter le cadre choisi de trois groupes de quatre personnes, nous avons décidé d'effectuer les dix entrevues. Comme personne d'autre ne s'est pointé par la suite comme sujet potentiel de cette recherche, nous avons travaillé avec les dix volontaires identifiés, incluant le participant qui dépassait de quelques mois la limite fixée à 55 ans.

Les entrevues ont été réalisées sur une période de quatre mois soit du 19 juillet 2001 au 12 novembre 2001. Toutes ont eu lieu à notre bureau au CLSC Le partage des eaux. La durée de chaque rencontre fut d'une heure trente à deux heures, l'entrevue comme tel occupant entre une heure quinze et une heure trente minutes. Au début de la rencontre, selon la procédure que nous avons établie (voir annexe III à la page xiv) nous avons redit les objectifs de la recherche et avons procédé aux signatures d'engagement à la confidentialité et du consentement à la participation et à l'enregistrement sur bande sonore de l'entretien. Quelques explications ont été nécessaires pour clarifier la teneur de notre engagement à la confidentialité des données. Le fait que l'insistance était mise sur la perception de leur vécu a fait tomber, pour la plupart, la nervosité du début d'un tel entretien.

### 2.3.2 Procédures d'identification de la population

Pour pouvoir recruter des personnes dans le sens indiqué, nous avons fait appel au réseau public des services de santé et services sociaux, à une agence privée qui rejoint plusieurs travailleurs par le biais de programme d'aide aux employés et à un organisme communautaire dont la mission propre est d'offrir à la population de la MRC des services en santé mentale.

Une lettre a été envoyée aux responsables des trois secteurs ciblés, soit la clinique externe du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, les consultants B.C.H. et l'organisme communautaire Le Pont de Rouyn-Noranda. Cette lettre exposait l'objet de notre recherche, les critères de sélection des sujets et le rappel de l'obligation à la confidentialité de leur part (voir Annexe I page xi). Après quelques mois sans résultats, une relance a été effectuée par téléphone auprès des responsables à qui la lettre avait été adressée. Dans les trois mois qui ont suivi, dix noms de personnes nous avaient été transmis. Nous avons contacté chacune de ces personnes par téléphone pour vérifier si elles répondaient aux critères établis et leur volonté à participer à l'entrevue. Lors de cet appel, nous leur avons rappelé les objectifs de la recherche et avons fixé les coordonnées de l'entrevue à notre bureau du CLSC, à la date et l'heure qui leur convenait. Sur les dix participants identifiés, sept acceptèrent de participer à la recherche. Un annula sa participation, un autre s'est désisté pour cause de déménagement dans une autre région et un troisième s'est désisté sur recommandation de son psychologue. En même temps, trois autres noms de personnes nous ont été communiqués par les participants eux-mêmes. Nous avons alors un corpus de dix personnes. Nous avons donc procédé aux entrevues de ces dix participants.

## 2.4 Cueillette des données et instrumentation

Les données de l'étude ont été recueillies par le biais d'une entrevue individuelle avec chacun des participants. Le choix d'une entrevue semi-dirigée a été motivé par le fait que, selon divers auteurs : Michelat (1975) et Poupart (1979-80), ce type d'entrevue fournit un cadre qui permet aux participants d'exprimer les perceptions de leur vécu. En voici les particularités.

### 2.4.1 L'entrevue semi-dirigée

Le choix d'effectuer la collecte des données par le moyen d'entrevues semi-dirigées s'avérait pertinent pour ce genre de recherche. Il faut bien reconnaître avec Michelat (1975) :

«L'information atteinte par l'entretien non directif est considérée comme correspondant à des niveaux plus profonds, ceci parce qu'il semble bien qu'il existe une relation entre le degré de liberté laissé à l'enquêté et le niveau de profondeur des informations qu'il peut fournir. La liberté laissée à l'enquêté (la non directivité étant toutefois relative) facilite la production d'informations symptomatiques qui risqueraient d'être censurées dans un autre type d'entretien».

Et Poupart (1979/80) précise :

«L'entretien à tendance non-directive (Rogers, 1945; Legras, 1971) vise, par la maîtrise de techniques particulières à permettre l'exploration en profondeur du vécu de la personne. En laissant à l'interviewé le maximum d'initiative dans la conduite de l'entretien et en misant sur sa capacité à effectuer sa propre auto-exploration, cette technique d'enquête permet non seulement l'émergence de dimensions essentielles non prévues au départ par le chercheur mais également d'atteindre les secteurs les plus névralgiques de son expérience».

L'entrevue semi-dirigée se distingue aussi par le fait qu'elle privilégie la qualité de l'engagement interpersonnel «chercheur-sujet» et qu'elle favorise

l'exploration en profondeur du phénomène. Tenant compte également de sa structure souple, nous avons opté pour ce type d'entrevue qui nous semble le plus approprié à notre recherche. En effet, compte tenu de la nature exploratoire de l'étude et de notre motivation à explorer les impacts de la dépression et de l'arrêt de travail, nous avons retenu l'entrevue semi-dirigée avec un guide d'entrevue. Nous étions conscient avec Deslauriers (1991) que :

«Le principe fondamental de l'entrevue en recherche qualitative est de fournir un encadrement à l'intérieur duquel les répondants exprimeront leur compréhension des choses dans leurs propres termes (Patton, 1980 : 205)... il n'y a pas de vrai ni de faux au point de départ mais seulement un chercheur qui essaie de comprendre».

Aussi, avant l'arrivée de chaque participant, nous prenions quelques instants pour nous disposer intérieurement à la rencontre.

L'entrevue a été structurée en trois temps : le cheminement vers la dépression, le vécu de la dépression et la vie après la dépression. Aucune question précise n'a été préalablement formulée préférant procéder par thèmes de façon à ce que la personne puisse les aborder et les approfondir avec le moins de suggestions possibles et à favoriser l'émergence des composantes les plus significatives pour le sujet lui-même. La formulation des questions a été subordonnée aux propos de la personne et développée au fur et à mesure que l'entrevue se déroulait.

Le début de la rencontre a permis d'établir une relation propice à l'échange. Nous informions le participant des objectifs de la recherche et des procédures utilisées. Nous soumettions la lettre de consentement qui nous autorisait à colliger les informations recueillies et à les publier dans un rapport. Au début de l'entretien comme tel, une question-consigne (Giorgi, 1975) a été formulée, laquelle question devait favoriser le récit concret de l'expérience vécue, à



savoir, leur vécu dépressif en lien avec leur vécu à l'emploi. Les autres questions, par la suite, n'ont eu comme seul but que de permettre aux personnes de préciser, élaborer et clarifier la description et signification de leur vécu. Dans ce type d'entrevue, Deslauriers (1991) souligne l'importance de commencer par des questions sur l'expérience, ensuite sur les opinions et ensuite sur l'avenir et les changements de valeurs. C'est ce que nous nous sommes appliqué à réaliser. Chaque entrevue a été enregistrée sur une bande sonore pour nous permettre d'en faire la transcription «*verbatim*» par la suite.

#### 2.4.2 Le schéma d'entrevue

Pour faciliter le déroulement de ces entrevues, nous avons préparé un schéma d'entrevue nous servant de guide ( voir Annexe IV à la page xiv). Longtemps avant la première entrevue, nous nous étions familiarisé et imprégné de ce guide pour pouvoir l'utiliser de la façon la plus souple possible et demeurer centré sur les dires du sujet et non sur l'outil.

C'est pourquoi le schéma d'entrevue comprenait des thèmes et des sous-thèmes larges permettant de laisser place à l'expérience personnelle. Cette façon de faire présentait plusieurs avantages. Il permettait d'assurer une certaine uniformité dans l'ensemble des questions posées et réduire ainsi le biais possible de l'interviewer.

Le schéma se voulait un instrument pour faciliter la cueillette des données et par la suite leur analyse. Dorais (1993) souligne que :

«L'utilisation d'un guide d'entrevue en recherche qualitative requiert un certain doigté; il ne s'agit pas d'orienter des réponses mais de les faciliter ou de les circonscrire autour de certains thèmes».

Chaque entrevue commença par une question-consigne large du type :

«pouvez-vous me raconter ce qui vous est arrivé à cette période de votre vie où vous avez vécu un épisode dépressif qui vous a amené à quitter votre emploi pour un certain temps?». Par la suite, l'entretien s'est déroulé à partir des thèmes suivants :

#### Temps 1 : Le cheminement vers l'état dépressif

Résumé de l'état de la personne dans la vie et au travail lorsqu'elle se sentait bien.

Sa perception d'elle-même : parler d'elle-même, de sa vie personnelle et de sa vie de travailleur.

Ses projets de vie, ses rêves, ses croyances, ses activités quotidiennes, sa situation familiale et sa situation financière.

Les premiers signes de la dépression : quels ont été les premiers symptômes, signes qui indiquaient que ça allait moins bien.

Quelles ont été ses réactions?

A-t-elle cherché des solutions, du soutien?

Le contexte de travail : parler de son travail lui-même, de sa perception de son travail, de la charge de travail, de son degré d'autonomie décisionnelle dans son travail et du soutien social à son travail. Parler des difficultés rencontrées à son travail, dans ses relations à l'emploi.

#### Temps 2 : L'état dépressif en lien avec l'emploi

Y a-t-il eu un événement-clé à partir duquel une certaine désorganisation personnelle s'est installée?

Parler de cet élément déclencheur en rapport avec sa vie personnelle, dans ses relations avec les autres, et dans son milieu de travail.

La dépression elle-même : description de la situation vécue, des pensées présentes, des répercussions physiques ressenties, des aspects psychosociaux

vécus.

Les stratégies de solution utilisées : la personne a-t-elle tenté des choses pour résoudre ses difficultés rencontrées, a-t-elle demandé de l'aide autour d'elle, dans son milieu de travail?

Quelle signification donnait-elle à ce vécu dépressif ?

### Temps 3: La vie après l'épisode dépressif

Comment s'est-elle sortie de cet état? Comment le rétablissement du fonctionnement antérieur s'est-il effectué?

Quelle signification donne-t-elle maintenant à ce vécu dépressif?

La continuité de sa vie : comment voit-elle la vie maintenant? A-t-elle changé depuis cette période dépressive? A-t-elle d'autres projets de vie? A-t-elle changé des choses dans ses relations personnelles, familiales, amicales, au travail (tâches et relations)?

## 2.5 Plan d'analyse

Comme mentionné antérieurement, une analyse qualitative a été privilégiée et nous nous en sommes tenu au contenu manifeste des entrevues. Cette analyse des données s'est effectuée en quatre étapes

Première étape : Immédiatement après chacune des entrevues, à partir du schéma d'entrevue, nous avons relevé par écrit les éléments qui, sur le champ, nous semblaient les plus significatifs de l'expérience vécue. Puis pour permettre ce que Michelat (1975) appelle une «sorte d'imprégnation» des éléments racontés, nous avons effectué la transcription intégrale des entrevues enregistrées et, par la suite, la lecture et la relecture du texte écrit.

En deuxième étape, nous avons construit le codage et le découpage des données. Ce premier découpage a consisté à repérer d'abord les «noyaux de sens» (Deslauriers 1991). Il a fallu subdiviser le contenu de chaque entrevue en fonction des thèmes retenus par les objectifs et questions de la recherche soit : le vécu dépressif, le travail, le soutien social et les impacts de ce vécu. Cette nécessaire étape de codage a été comme elle se doit *«une procédure de déconstruction des données... Dans la recherche qualitative, le codage est un travail simultané de création, d'interprétation et d'induction»*. (Deslauriers, 1991) À l'occasion de ce premier découpage, une attention spéciale a été portée à l'émergence de thèmes nouveaux.

La troisième étape fut de synthétiser le matériel reçu en regroupant les données similaires, les écarts, et si possible, établir une classification simple des données. Dorais (1993) explique cette étape en ces mots :

«En comparant les données accumulées sur différents cas, l'étude comparative entend dépasser l'anecdotique et mettre à jour les régularités, les constantes et les dissemblances qui émergent d'eux (Bruyne, 1974 : 215). Découvrir les convergences entre plusieurs cas singuliers (Lessard-Hébert, 1990 : 1654) s'avère généralement la raison d'être de leur addition et de leur comparaison».

Pour effectuer cette reconstruction des données, nous avons utilisé la représentation comparative des données en tableaux. Cette procédure a permis de mettre en lumière les ressemblances et maximiser les différences. (Deslauriers, 1991)

À la quatrième étape nous avons cherché à découvrir les liens entre les données et faire l'examen critique des données en fonction de nos objectifs et questions de recherche. Deslauriers (1991) résume bien cette tâche de l'analyste qui :

«Consiste , dans ce mélange d'informations, à dégager la façon dont la personne voit son rapport au monde, l'interprétation qu'elle donne à son expérience globale de vie, la vérité vécue, pour ainsi dire, qui sous-tend l'ensemble de sa quotidienneté». (Morin, 1974)

Le but recherché dans une telle analyse fut d'exprimer la réalité en nouveaux concepts et élaborer une théorie *«qui permet de formuler des propositions et de prédire des comportements et des phénomènes sociaux»*. (Deslauriers, 1991). C'est ce qui explique que, tout au cours de l'analyse des résultats, nous avons mis en relief certaines propositions liées de près au vécu des personnes et à leur interprétation exprimant ainsi une certaine compréhension des phénomènes sociaux prévisibles.

Cette analyse a permis l'élaboration des résultats de la recherche. Au chapitre présentant cette analyse, il ne faudra pas se surprendre d'y retrouver de nombreuses citations des personnes interviewées. En effet, comme le dit Deslauriers (1991) :

«En recherche qualitative, il est d'usage de laisser parler les personnes interviewées et de citer les extraits les plus significatifs et les plus exemplaires. Ces illustrations servent à donner le point de vue des personnes dans leurs propres mots autant que possible».

## 2.6 Éthique de la recherche

Des mesures ont été prises pour respecter les obligations de confidentialité envers les clients tant de notre part que de la part des organismes et établissements qui ont collaboré au recrutement des participants. Aussi, une lettre (voir annexe I à la page xi) a été envoyée à ces organismes et établissements leur rappelant ces exigences liées à l'obligation de confidentialité. Cette lettre demandait le même engagement aux intervenants

qui ont eu à approcher d'anciens clients pour leur offrir de participer à cette recherche. La lettre énonçait également les objectifs de la recherche. Deslauriers est explicite à ce sujet :

«La personne doit connaître les objectifs poursuivis par le chercheur avant de s'engager dans le projet. Cela signifie que le participant doit être en mesure de donner un consentement éclairé à toutes les étapes du projet... La personne doit savoir ce que le chercheur attend d'elle et ce qu'il entend faire avec les renseignements qu'elle lui livrera». ( Deslauriers, 1991)

De plus, comme nous l'avons déjà dit, une autorisation écrite a été demandée aux personnes signifiant leur participation volontaire à la recherche, nous permettant aussi d'enregistrer les entrevues sur magnétophone et utiliser ensuite les données recueillies pour le rapport de recherche. Nous leur avons expliqué que cette utilisation serait anonyme de sorte qu'en aucun temps, il ne serait fait mention de leur nom ou d'informations pouvant directement les identifier. Nous leur avons donné l'assurance que les enregistrements des cassettes seraient effacés à la fin de la recherche : le formulaire signé était explicite à cet effet (voir Annexe II à la page xiii).

Concrètement, dans ce rapport, chaque participant a été baptisé d'un prénom fictif. Le personne du groupe A fut identifiée par un prénom commençant par la lettre A; ceux du groupe B par un prénom commençant par la lettre B et ceux du groupe C par un prénom commençant par la lettre C. Ce choix, en plus de préserver l'anonymat des participants, facilite la connaissance de l'identité des participants tout au long du mémoire.

## 2.7 Limites de l'étude

Nous sommes conscients que cette recherche comporte des limites qu'il nous faut ici nommer. D'abord l'étude est limitée à un site, la MRC de Rouyn-Noranda. Le groupe de participants est restreint à dix personnes. Le fait aussi que les situations étudiées soient des situations cliniques peut constituer un biais si certaines conditions ne sont pas respectées. Notre intérêt personnel pour le sujet traité pourrait comporter un biais important à la démarche d'une telle recherche qualitative. Des précautions de vigilance et de rigueur au niveau méthodologique s'imposaient. De plus, malgré notre intention ferme de rester proche de l'expérience personnelle et devant une prévisible diversité de données dans la reconstitution du phénomène, une question demeurerait : comment assurer la fidélité à ce phénomène? Autrement dit, comment éviter que notre subjectivité vienne biaiser la recherche et l'interprétation des résultats? Nous avons dû être d'une vigilance de tous les instants dans notre rôle de chercheur. Nous comprenions avec Bachelor (1986) que :

«L'objectivité du phénoménologue réside quant à elle, dans l'appréhension la plus complète possible de la structure globale du phénomène ce qui se traduit en recherche par l'absence de toute perspective théorique, d'hypothèses préformulées et de sélection préliminaire de variables considérées, ainsi que par l'investigation du phénomène dans son contexte naturel».

Une telle objectivité est *«synonyme de fidélité au phénomène (Colaizzi, 1978) dont la description reflète les constituants intrinsèques plutôt que des variables spécifiées à l'avance»*. (Bachelor, 1986)

Si le respect de l'expression subjective des personnes fut le fondement de cette recherche, il n'en demeure pas moins que la connaissance et la compréhension des résultats fut le fruit d'un dialogue chercheur-participants et que l'analyse effectuée a été celle du chercheur. Au moment des entrevues il y a eu partage

des «savoirs intimes» par les participants. Par la suite, nous avons eu comme chercheur à mettre en relief certains croisements et rapprochements indubitablement conditionnés par notre compréhension de l'exposé des participants. Il ne pouvait pas en être autrement et notre questionnement a imposé le regroupement et une certaine classification des données en vue d'un traitement que nous voulions le plus utile possible. Si la subjectivité du participant était nécessaire, celle du chercheur, la nôtre, l'était tout autant. Dorais (1993) répond à ceux qui pourraient critiquer cet aspect d'une telle recherche :

«La principale critique faite à la description phénoménologique tient à son recours exclusif à la subjectivité des sujets étudiés. Or, comme le souligne Christian Lalive d'Epina (1985), au lieu de voir ce dont nous prive la subjectivité, nous pouvons tout aussi bien voir ce qu'elle nous apporte : un matériel d'une grande richesse pour comprendre le point de vue de l'acteur social. Ultimement, c'est le choc des intersubjectivités - celle du chercheur et celle du lecteur de son rapport de recherche - qui jugera la vraisemblance du tableau impressionniste peint par l'étude phénoménologique». (Dorais, 1993)

Pour y arriver, nous reconnaissons avec Deschamps (1993) quelques précautions rendues nécessaires pour protéger la légitimité de la démarche. Tout au long du processus de recherche, nous avons dû conserver une ouverture sensible et disponible au phénomène exploré. Nous avons dû chercher à élucider le sens de l'expérience analysée à partir de la compréhension première donnée par les sujets. Nous avons dû constamment réviser les acquis de notre compréhension à partir du texte des entrevues réalisées. Enfin, nous nous sommes imposé toutes les mesures pour permettre le respect des sujets lors des entrevues pour que ceux-ci soient dans des conditions facilitant l'expression de leur expérience : à savoir un contact chaleureux et un respect de leur communication et de leurs émotions en entrevue.



### **3 ANALYSE DES RÉSULTATS**

Pour analyser et discuter des résultats, nous rassemblerons en tableaux les données recueillies lors des entrevues des participants. Et, tout au cours de l'analyse, nous présenterons ces résultats en respectant fidèlement le discours des participants. À cette étape-ci, il faut se rappeler que les objectifs de recherche sont de mieux comprendre le processus qui a conduit les personnes à un état dépressif entraînant un retrait du milieu de travail, ce vécu dépressif lui-même et les impacts ainsi que la signification de ce vécu. Notre analyse portera donc, en premier lieu, sur l'apparition de l'état dépressif, en second lieu, sur la manière dont les participants se sont sortis de cet épisode dépressif et finalement, nous traiterons des impacts de cet épisode sur leur vie personnelle et professionnelle. Comme indiqué au début de ce mémoire, nous avons choisi d'aborder cette réalité à partir des concepts suivants : l'état dépressif, le travail et le soutien social. Nous analyserons aussi les stratégies individuelles utilisées face aux difficultés rencontrées. Nous exposerons également les différents impacts de ce vécu sur leur vision d'eux-mêmes et de leurs relations, sur leur vision du travail, sur leurs valeurs et le sens à la vie. Pour chacune des sections, nous confronterons le discours des participants au discours de la littérature sur le sujet. Tout au long de l'analyse, nous utiliserons la parole ou le point de vue des participants pour illustrer notre propos. Nous souhaitons atteindre ainsi une compréhension plus fine de l'expérience même des participants.

#### **3.1 Processus qui a conduit à l'état dépressif et perception des sujets de cet épisode dépressif en lien avec leur travail**

Dans cette première partie, nous porterons d'abord un regard sur l'apparition de l'état dépressif en y reflétant les points de convergence et les situations particulières. Nous ferons ensuite le point sur la vision des participants eux-mêmes sur leur propre vécu dépressif en lien avec leur emploi. Nous verrons

enfin leur perception de leur travail comme tel.

### 3.1.1 Genèse de l'état dépressif

La définition de la santé mentale que nous avons retenue, mentionne trois dimensions : les axes biologique, psychodéveloppemental et contextuel (Bibeau et al. 1989). Voyons si les participants parlent de ces différents aspects en décrivant leur vécu dépressif. L'ensemble des témoignages reçus dessine plusieurs chemins qui ont conduit à leur état dépressif. Mentionnons d'entrée de jeu qu'aucun participant n'a attribué l'apparition de son état dépressif à des problèmes de santé physique, lesquels, par leur sévérité ou leur durée, auraient entraîné une dépression. La majorité, soit six personnes, ont lié leur dépression directement à leur vécu au travail. Pour les quatre autres, les facteurs explicatifs de leur dépression furent de l'ordre psychodéveloppemental concernant les dimensions affectives et relationnelles. Pour deux, Bertrand et Bernard, ce fut un événement extérieur à leur milieu de travail qui a déclenché l'état dépressif. Pour l'une d'elles, Anne, il s'agit plutôt de l'aboutissement d'une période de deux ans durant laquelle elle a vécu des problèmes d'ordre personnel et professionnel. Pour Céline, ce furent des difficultés strictement en lien avec sa vie personnelle.

Pour un aperçu des différentes données recueillies lors des entrevues sur la perception des participants concernant la perception de leur état dépressif, voir le tableau II à la page suivante.

**Tableau II État dépressif : perceptions des participants à la recherche**

Noms	Genèse de l'état dépressif	Dimension biologique	Dimension psychosociale	Dimension suicidaire		
				Idées	Plan suicidaire	Tentative * Motif du non
Anne	Séparation initiée par son conjoint Monoparentale aux études en soins infirmiers Besoins financiers	Fatigue Pleurs fréquents	Isolement Impatience envers les enfants Manque de concentration	Oui	Oui sans révéler les moyens choisis	Non * Ses enfants
Bertrand	Séparation initiée par sa conjointe	Manque d'énergie	Concentration au travail Se sent humilié, abaissé, dévalorisé.	Oui	Se jeter dans un trou de la mine	Non * Ses enfants
Brigitte	Remise en question de son travail Opportunité d'un nouvel emploi	Pleurs fréquents Mal au cou Perte d'appétit	Difficultés dans son rôle monoparental Isolement Abandon de son bénévolat	Oui	Médicaments ou intoxication au CO2 en auto.	Non * Ses enfants
Brenda	Épuisement au travail qui s'étend aux autres sphères de sa vie.	Tristesse Fatigue Insomnie Maux de dos Reflux gastrique	Disparition du sens de l'humour Isolement	Non	Non	Non
Bernard	Décès de sa conjointe dans un accident d'auto	Tristesse	Aucun goût au travail Totale remise en question : vie et travail	Non	Non	Non *sentiment d'avoir des raisons de continuer
Claire	Épuisement au travail qui s'étend aux autres sphères de sa vie	Pleurs fréquents Insomnie Perte d'appétit Maux de tête Maux dans tout le corps	Concentration Coupures de mots dans ses conversations. Isolement Pas d'activités	Oui	Oui sans révéler les moyens choisis	Non * Parole d'un étudiant de sa classe
Charles	Sentiment de revivre une dépression antérieure	Fatigue	Pertes de mémoire Concentration	Oui	Non	Oui antérieurement Non cette fois-ci * Prêt à recommencer à zéro s'il le faut
Céline	Menaces de suicide du conjoint Difficultés financières	Pleurs Insomnie nervosité	Relations sociales plus difficiles	Non	Non	Non
Colette	Harcèlement psychologique à l'emploi	Tensions	Concentration au travail	Oui	Oui Pendaïson dans l'institution d'enseignement	Non * Son fils
Claude	Un matin ne distingue plus les chiffres à l'ordinateur : épuisement après 26 ans de travail acharné	Incapacité à effectuer les tâches quotidiennes	Humiliation Sentiment d'impuissance	Oui	Pendaïson dans son garage	Non *Aide du psychiatre

Regardons de plus près chacune des situations. Claude, l'aîné de la cohorte, se retrouve un matin au bureau, et ne peut plus distinguer les chiffres à l'ordinateur.

«C'est en février, à l'entour du 10... Je suis arrivé au bureau, un matin, j'ai ouvert mon ordinateur et je n'étais plus capable de différencier les " 8 " et les " 0 ". Et là, quand j'ai vu ça, je me suis mis à "shaker" (trembler). J'ai appelé un de mes frères pour venir m'aider, pis il m'a envoyé chez le médecin».

Directeur d'entreprise depuis ving-six ans, il constate que *«le spring a cassé»*. Fier de l'entreprise, adorant son travail, délaissant sa famille immédiate pour répondre aux exigences de ses responsabilités, il est victime d'un travail dont la surcharge mentale est due au nombre incalculable de tâches administratives et à un horaire de travail démesuré. Sa journée de travail débute à six heures le matin et se termine vers les vingt-deux heures le soir, tous les jours, incluant le samedi et souvent le dimanche matin. Claude effectue un travail qui mobilise toutes ses capacités, cognitives, affectives et relationnelles. Selon Vézina (1988), il y a là une charge mentale cognitive et psychique élevée qui entraîne une surcharge à la fois qualitative (complexité du travail) et une surcharge quantitative (volume trop grand de tâches à faire).

Charles, cadre dans une institution d'enseignement, a déjà vécu antérieurement une dépression. Il se retrouve une fois encore devant le même constat : fatigué, épuisé par des tâches trop nombreuses et dans une organisation qui, à ses yeux, manque d'orientations définies. Le médecin diagnostiqua une dépression situationnelle. Dans son cas, deux facteurs sont en cause : surcharge quantitative et environnement au travail non favorable par manque de directives claires.

Claire, dont le célibat lui permet une disponibilité plus grande pour son emploi

d'enseignante adore son travail et se retrouve pourtant en arrêt de travail par manque, dit-elle, de soutien à l'emploi. Elle fut laissée seule pour répondre aux exigences d'une nouvelle tâche professorale, celle de titulaire d'une classe à degré double, c'est-à-dire constituée d'étudiants appartenant à deux niveaux de scolarité. Claire est un exemple typique illustrant les études de Karasek rapportées par Vézina (1996) où une demande excessive de travail accompagnée de peu de soutien social présente un risque élevé de problèmes de santé mentale. Nous y reviendrons quand nous traiterons de la charge mentale au travail et du soutien social à l'emploi.

Brenda, enseignante, adore tous les aspects de son travail : tâches, pédagogie, contacts avec les étudiants et collaboration professionnelle. Elle dira à l'entrevue que l'origine de sa dépression fut la fatigue accumulée des sept dernières années pendant lesquelles elle arrivait difficilement à relaxer même pendant la période d'été. Elle pointera aussi comme facteur explicatif, les exigences d'un emploi dont l'organisation du travail n'a pas été adaptée à la nouvelle technologie et aux nouvelles orientations pédagogiques.

Colette, après vingt-deux ans d'enseignement, s'est dite victime de harcèlement psychologique, résultat d'une coalition entre collègues et étudiants contre elle. Nous entendons ici par harcèlement psychologique *«toute action (comportements, attitudes, gestes, paroles, allusions) affectant les valeurs morales et individuelles de la personne et ses caractéristiques et qui porte atteinte, par sa répétition ou sa gravité, à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité d'une personne»* (Régie régionale de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, 2000). Envers Colette, ce furent des allusions ou communications explicites verbales et répétées dénigrant sa personne ou sa compétence à l'emploi. Colette l'exprime en ces mots :

«Je suis dans le milieu de travail où j'ai des collègues qui font un

clan et qui, là, décident de m'éjecter... Un collègue s'associe aux étudiants... J'ai aucunement commencé à faire de la supervision et il y a déjà de la grogne chez les étudiants que je dois superviser. Là, c'est la coordonnatrice du département qui me dit : « les étudiants ne veulent pas, etc. » les étudiants ne veulent pas être supervisés par moi ».

La situation de Brigitte est particulière. Mêmes tâches depuis dix-sept ans, la routine de l'emploi l'amène à vouloir faire autre chose. Remettant sa carrière en question, elle envisage de prendre un poste d'assistante-chef. Son désir de changement l'emportera sur une description de tâches du nouveau poste qui, pourtant, ne l'attire guère. Au bout d'un an et demi, les insatisfactions liées à son travail conjuguées au fait qu'elle est mère monoparentale de deux adolescents «*pas faciles*» auront raison de sa santé mentale. Dépressive, elle devra quitter son travail pour un certain temps.

«Ça faisait dix-sept ans que j'étais dans le même département, je n'avais plus de challenge... Je commençais à m'ennuyer, trouver ça plate... Alors, j'ai pris un poste d'assistante-chef de mon département... Je me mettais encore plus de poids, de pression sur le dos parce que, o.k., c'était un nouveau challenge mais en même temps, c'était des choses avec lesquelles je n'étais pas à l'aise et c'est pas ma nature. Je ne suis pas vraiment paperasse bureaucratique, ce n'est vraiment pas moi... J'entamais des projets, c'était barré d'un bord et de l'autre... À la maison, c'était maman, maman, maman. Au département, c'était Brigitte ici, Brigitte là...».

Chez Brigitte, le nouveau poste occupé ne lui a pas permis d'actualiser son potentiel et de développer ses aptitudes, condition pourtant reconnue pour préserver la santé mentale au travail. Dans son cas, l'absence d'autonomie de compétence (Vézina, 1988) a eu l'effet d'user son énergie mentale. Au cours de l'entrevue, elle affirma à plusieurs reprises que les tâches qu'on lui demandait d'effectuer comme assistante-chef étaient trop centrées sur l'administration et la gestion du service et pas assez sur l'assistance professionnelle à ses

collègues. Elle avait le sentiment que sa compétence professionnelle ne lui était d'aucune utilité dans ses nouvelles fonctions.

Pour Bertrand et Bernard, deux événements extérieurs au milieu de travail ont provoqué leur état dépressif et leur arrêt de travail. Pour Bernard, sa conjointe décède à l'hôpital des suites d'un accident d'auto. Le fait que ce soit leur fille qui conduisait l'auto ajoute à l'épreuve. Bernard a le sentiment que tout s'effondre. Il devra interrompre pendant six mois, son travail de technicien. Pour Bertrand, mécanicien, ce fut la séparation initiée par sa conjointe après dix-sept années de vie commune qui fut le déclencheur de sa dépression. Pour lui aussi, cet événement provoqua une détérioration de sa santé mentale et une incapacité à faire son travail. Bozzini et Tessier (1995) ont mis en lumière le soutien social comme facteur positif de santé mentale. Ici, Bernard et Bertrand sont brutalement affectés dans leur univers affectif et leur choix de vie. La disparition de leur conjointe, personne-clé de leur soutien social, a entraîné une perturbation de leur vie au point de les rendre incapables d'effectuer leur travail pourtant stimulant et valorisant pour eux.

Céline est une illustration un peu dans le même sens. Aide en alimentation depuis déjà trente ans dans un établissement de santé, les menaces répétées de suicide de son conjoint liées à certaines difficultés financières, furent à l'origine d'un état dépressif qui la tiendra éloignée de son travail pendant quelques mois. Elle décidera de se séparer de ce conjoint.

Enfin la dépression d'Anne, la plus jeune du corpus de participants, fut l'aboutissement d'un cheminement de deux ans. Le point de départ fut la décision «surprise» de son conjoint de la quitter. Parti travailler à l'extérieur de la région, il téléphone à Anne quelques semaines plus tard pour lui annoncer qu'il ne reviendra pas à la maison, qu'il a rencontré une autre femme de qui il est amoureux. Anne poursuit tout de même la deuxième année de ses études

en soins infirmiers. Toutefois, un besoin d'argent pour subvenir aux besoins de sa famille, la force à abandonner ses études et à se dénicher un emploi d'assistante-gérante dans un magasin de chaussures. Elle aime la gestion et les responsabilités liées à son emploi mais elle déteste la vente et l'horaire de travail. Elle travaille quarante heures par semaine dont douze heures les jeudis et vendredis et un dimanche sur deux. Épuisée et dépressive, elle quitta son emploi. Donc, épuisement à long terme dû à une multitude de facteurs : abandon par le conjoint, exigences des rôles de mère monoparentale et d'étudiante à temps plein et emploi plus envahissant que valorisant.

Nous observons que si le cheminement des personnes fut différent, l'aboutissement fut le même : un arrêt de travail lié à un épisode dépressif. Pour la majorité, c'est un vécu pénible au travail qui entraîna la détérioration majeure de leur santé mentale. Aucun participant n'a vécu un épuisement professionnel «pur» appelé burnout par lequel un individu devient dysfonctionnel à son emploi. Soulignons avec Fecteau (1999) :

«Même si en 1982, Schanfeld, Enzmann et Al. (1993) recensaient quarante-huit définitions dans la littérature, les chercheurs s'accordent généralement sur les points suivants : le burnout est un syndrome chronique qui origine des demandes émotionnelles associées au travail de l'individu. Il se présente sous trois grandes dimensions : 1) l'épuisement émotionnel dû au travail, 2) la dépersonnalisation, c'est-à-dire le sentiment de détachement face à la clientèle, 3) la réduction des accomplissements professionnels. (Maslach et Jackson, 1981)».

Ici, tous les participants ont vu l'ensemble des sphères de leur vie : personnelle, familiale, sociale et professionnelle, affecté par l'épuisement vécu.



### 3.1.2 Perception subjective de l'état dépressif en lien avec le travail

Deux questions importantes méritent d'être regardées de plus près. Quelle fut la perception des participants de leur état dépressif lui-même? Et comment perçoivent-ils le lien avec leur travail, avec les conditions satisfaisantes et insatisfaisantes à leur emploi?

En mettant la loupe sur la perception des sujets quant à leur épisode dépressif, nous retrouvons des manifestations physiques, psychologiques et sociales (voir le tableau II à la page 53). Cette perception vient appuyer la définition de la dépression que nous avons retenue ( Politique de la santé mentale du Québec, 1989), insistant sur les dimensions physiques, psychologiques et sociales.

Les manifestations d'ordre physique observées par les sujets sont : perte d'énergie et fatigue (tous), pleurs fréquents (Anne, Brigitte, Claire, Céline), maux de tête fréquents (Claire), mal au cou (Brigitte), perte d'appétit (Anne, Brigitte, Claire), maux de dos (Brenda), insomnies (Brenda, Claire, Céline), reflux gastrique (Brenda). À noter que tout au long des entrevues, ces répercussions physiques, quoique pénibles et bien réelles, nous étaient énoncées davantage pour illustrer leur état dépressif que pour l'expliquer. C'est du moins notre interprétation basée sur le fait qu'elles ont explicité beaucoup plus les aspects psychodéveloppementaux et contextuels que les aspects physiques.

Concernant la dimension psychodéveloppementale, rappelons que nous touchons là les aspects affectifs, cognitifs et relationnels (MSSS, 1989). À ce chapitre, les manifestations les plus souvent rapportées furent le manque de concentration (Anne, Bertrand, Bernard, Brenda, Claire, Colette, Charles et Claude) et la perte du goût de s'investir au travail (Bernard, Brigitte, Charles et

Claude).

Les manifestations concernant la dimension relationnelle sont celles qui nous furent racontées avec le plus de détails et comme étant les plus significatives de leur état. La plus importante fut le phénomène d'isolement, de retrait recherché par les participants. Malgré le fait que leur conjoint et leurs amis gardaient des contacts avec eux, ceux-ci ne prenaient pas l'initiative de tels contacts (Anne, Brenda, Claire, Charles et Claude). Brigitte abandonnera même ses activités de bénévolat même si cet engagement social lui apportait beaucoup de satisfactions.

Dans le même ordre d'idée, d'autres manifestations furent nommées: impatience envers les enfants (Anne) et difficultés relationnelles avec ses deux adolescents (Brigitte). Brenda qui n'a plus aucun plaisir de vivre se surprend à ne plus faire d'humour avec ses amis. «*On ne prenait plus le temps de rire*» dira-t-elle en parlant d'une amie intime. Claire constate lors d'un dîner au restaurant avec des collègues, qu'elle est incapable de suivre leur conversation et qu'elle-même, lorsqu'elle parle, effectue des coupures de mots dans ses phrases, ce qui rend la communication pénible et par bout incompréhensible.

Enfin, un des sentiments perçus comme très difficile à vivre fut le sentiment d'humiliation. Bertrand, abandonné de sa conjointe, s'est senti humilié et abaissé.

«C'est sûr que ça fait encore plus mal de la voir partir le soir et je sais qu'elle s'en va avec son chum. Et durant ce temps-là, je me suis senti ben gros abaissé, si tu veux, humilié beaucoup. Je n'avais plus de valeur en moi-même. A mes propres yeux, je ne valais plus rien. C'était vraiment comme la fin du monde, je ne valais plus rien, je n'étais plus bon».

Le témoignage de Claude est percutant sur ce point. Du jour au lendemain, il passe de directeur efficace de compagnie à incapable de remplir ses fonctions, de prendre la moindre petite décision. Et il se retrouve incapable d'effectuer des tâches coutumières comme tondre sa pelouse, conduire son auto, faire à manger, lui qui était bon cuisinier. Envahi par ce sentiment de grande humiliation et d'impuissance totale, il se dit à la merci de sa conjointe pour faire quoi que ce soit.

Anne emprunte des termes de honte et même de culpabilité pour traduire la même réalité :

«Quand je suis arrivée avec mon papier de mon médecin qui m'arrêta de travailler, pour un temps indéterminé, ma patronne m'a dit : *«Pourquoi est-ce que tu ne m'en as pas parlé?»*. C'est ça qu'elle m'a dit. Je n'étais pas à l'aise mais pas du tout. Je me serais cachée en dessous du tapis. Je ne sais pas si c'était de la honte ou quoi. Je ne suis pas capable de dire c'était quoi. Je n'étais pas bien. Je me sentais coupable de la laisser parce qu'elle préparait une grosse vente avec de l'ouvrage par dessus la tête. Et j'arrive avec mon papier et du jour au lendemain, trouve-toi quelqu'un pour me remplacer. Je me sentais coupable... C'était la peur du jugement... Je ne sais pas pourquoi je n'en ai pas parlé avant».

Pour Brenda, c'est davantage au retour au travail qu'elle s'est sentie humiliée, étiquetée. À la question de savoir si durant cette période dépressive de sa vie, son image d'elle-même avait été affectée, elle répond :

«À ce moment-là, non. Parce que je m'en foutais. C'est au retour au travail, c'est là que j'ai compris qu'on pouvait être étiquetée. Même si on est une femme, j'ai toujours pensé qu'un homme pouvait être vu comme faible quand il est en arrêt de travail, surtout pour des raisons comme cela, burnout ou autres, mais j'ai vu que même aux yeux de certaines personnes, on nous regarde un peu bizarrement au retour. Peut-être que nos collègues nous regardent aller. Moi je me suis sentie observée».

Brenda sent son intégration sociale à l'école menacée. Sa réaction appuie les dires de Vézina et Malenfant (1994) et De Gaulejac et Taboada (1994) sur le travail comme facteur d'intégration sociale structurant l'identité personnelle. Parce qu'elle a dû interrompre ses activités professionnelles, aux yeux de certains collègues, Brenda sent qu'ils mettent en doute sa compétence. Sans trop savoir pourquoi, à son retour, des collègues établissent une distance avec elle et comme elle dit : «*Je me suis sentie observée*». Son sentiment d'appartenance à l'institution d'enseignement en est affecté. Elle se sent «*étiquetée*». Elle y voit une atteinte à son image, à son identité personnelle. Si elle n'a pas été affectée outre mesure par cette attitude de collègues, c'est qu'elle ne lui a pas accordé une grande importance.

Dans la présentation de la problématique, nous avons souligné avec Martin et Baril (1995), le passage de l'image de soi dévalorisée socialement à l'image de soi dévalorisée subjectivement de sorte que le pas suivant était l'effondrement de l'estime de soi qui conduit au suicide. Nous indiquions aussi que si toutes les personnes ne se rendaient pas à la fin de ce scénario, la plupart de celles qui vivent une dépression, envisagent cet aboutissement comme une fin possible à leur douleur. Que disent les participants à ce sujet? Sept sur dix nous ont révélé avoir eu des idéations suicidaires avec choix des moyens.. Aucun n'a fait de tentative suicidaire. Voyons ce qu'ils ont vécu et pourquoi ils n'ont pas donné suite à leur plan suicidaire.

Anne, sans nous révéler le moyen qu'elle avait choisi, a utilisé la ligne d'écoute Prévention du Suicide. Elle n'oubliera jamais l'intervention téléphonique d'Alice et l'insistance de celle-ci pour qu'elle se rende immédiatement à l'urgence du CH.

«Je braillais depuis trois jours. Les petits étaient partis chez leur père. J'étais seule dans mon appartement. J'ai appelé le numéro 1-800-SUICIDE. Là, il fallait que je parle à quelqu'un. Je vais toujours me souvenir, elle s'appelait Alice. J'ai toujours voulu la rappeler pour

la remercier mais... Elle a réussi à me convaincre de me rendre à l'urgence. Moi je ne voulais pas, j'avais peur qu'ils me gardent et qu'ils m'internent... Elle a dit : «ben non». Elle m'a beaucoup encouragée et je suis allée à l'urgence. J'allais à l'urgence sinon c'était fini, c'était fini».

Anne certifie aujourd'hui que la pensée de ses enfants et l'intervention d'Alice furent les deux éléments qui l'ont retenue de passer à l'acte.

Bertrand, le mécanicien sous terre, s'est retrouvé debout devant une porte ouverte donnant sur le trou de la mine, et s'est senti envahi par une idée pressante de se jeter dans le trou. Il affirme que c'est la pensée de ses enfants qui l'ont «réveillé» et empêché de passer à l'acte.

L'infirmière Brigitte, écartant les moyens violents de suicide comme la corde, le fusil ou la noyade entrevoyait sa sortie de ce monde, endormie par la prise de médicaments ou par le gaz d'échappement de son auto. Elle nous avoua : *«Je ne pouvais pas faire ça à mes enfants»*.

Charles qui a déjà fait une tentative de suicide dans le passé, rejette rapidement la pensée suicidaire car il a l'impression que ça ne lui donnera rien à lui-même et, de toute façon, il se dit prêt à recommencer à zéro ailleurs s'il le faut.

De son côté, Claude a planifié se pendre dans son garage. Il raconte avoir été sauvé par une amie qui l'a mis en contact rapidement avec son psychiatre, ce dernier lui faisant promettre d'un rendez-vous à l'autre de se présenter à son bureau.

Colette a envisagé la pendaison dans l'établissement scolaire pour les «punir», dira-t-elle, de tout ce que le milieu, collègues et étudiants, lui ont fait endurer. Ce qui l'a retenue, ce fut une parole d'un de ses directeurs qui lui a dit en la

rencontrant par hasard dans la rue : *«J'ai vu ton garçon l'autre jour, ton plus jeune, il a encore besoin de toi ce si beau garçon »*. Colette nous confiera qu'effectivement, sa fille aînée a terminé ses études et se débrouille bien en appartement mais que son garçon de quatorze ans a encore bien besoin d'elle.

Claire a évité le suicide grâce à une parole d'un de ses étudiants. En effet, lors d'une rencontre de parents, une mère lui a dit que son garçon lui avait rapporté à la maison : *«la prof quand elle chicane quelqu'un, quand elle nous parle après, c'est toujours avec un sourire. Pis elle n'est jamais choquée après nous autres»*. Claire interpréta : *«je vaux encore quelque chose»*.

Les trois participants qui n'ont pas eu d'idéations suicidaires ont aussi leur explication bien personnelle à ce fait. Bernard se disait qu'il avait encore du chemin à faire et qu'il avait encore des raisons pour continuer. Nous y reviendrons lorsque nous aborderons les stratégies individuelles pour affronter les difficultés. Brenda a eu un conjoint qui l'a aidée à dédramatiser sa situation. Céline envisagea plutôt de déménager et recommencer sa vie ailleurs. Nous nous rendons compte que, majoritairement, les participants ont été suicidaires. Ce qui a empêché l'exécution de leur plan, c'est le sentiment encore vivant de leur utilité personnelle face à leurs enfants ou à des êtres chers à leurs yeux. L'expérience ainsi racontée illustre d'une part qu'en de telles circonstances, il est normal d'avoir des idéations suicidaires et de choisir des moyens acceptables pour soi et, d'autre part, que la conscience d'avoir encore de la valeur pour un être cher peut empêcher le passage à l'acte.

À ce chapitre, comme dans l'ensemble de l'étude d'ailleurs, notons qu'aucune particularité ne s'est dégagée comme appartenant exclusivement ou principalement aux hommes ou aux femmes. Les deux seuls commentaires comparant les sexes sont venus de Brenda.

«Il a fallu que le physique me parle. Ça, c'est très masculin. Les hommes arrêtent d'habitude quand leur physique leur parle. Les femmes d'aujourd'hui, nous avons des symptômes masculins... Il est question aussi de pouvoir, département de femmes. Les femmes sont comme ci et comme ça entre elles. J'ai eu à faire le ménage dans ça... Remettre en question les fondements du féminisme : la solidarité. Mais parfois, on refait les patterns des hommes : se mettre en valeur, s'approprier l'idée d'une autre personne. Les mêmes patterns sont là. Et ce n'est pas dans ce milieu là que j'ai envie d'en parler. Mais c'est aussi un milieu de confrontation, il ne faut pas se le cacher».

Les observations en ce sens rejoignent l'énoncé de Evans (2002) indiquant que le sexe n'a aucune incidence sur l'anxiété vécue au travail. Ce qui augmente la pression au travail pour les hommes comme pour les femmes, c'est l'accumulation, dit-il, de différents stress liés au travail quotidien. Les données recueillies dans cette recherche vont dans le même sens.

### 3.1.3 Perception de la réalité du travail

Pour préserver une bonne santé mentale à l'emploi, nous avons reconnu avec Vézina et al. (1988) que la charge mentale liée au travail, c'est-à-dire l'adéquation entre les exigences des tâches effectuées et les capacités du travailleur, doit être acceptable tant au niveau du nombre que de la complexité des tâches à faire. Nous avons aussi reconnu avec le même auteur que le travailleur qui dispose à son emploi d'autonomie décisionnelle, liée à sa compétence et au pouvoir de décider comment faire son travail, a de meilleures chances de demeurer en bonne santé mentale.

En premier lieu, parcourons au tableau III de la page suivante les données décrivant les perceptions subjectives des participants concernant leur emploi.

**Tableau III Emploi : perceptions des participants à la recherche**

Prénoms	Emploi	Tâches	Organisation du travail	Aspects positifs de l'emploi	Aspects négatifs de l'emploi
Anne	Assistante-gérante dans un commerce de chaussures	Aime la gestion Déteste la vente	Aime le style de gestion de sa patronne Déteste l'horaire de travail	Solitude Sociabilité Responsabilité Besoins financiers répondus	Éloignement des enfants
Bertrand	Mécanicien dans une mine	Aime son travail	Bonnes relations avec son supérieur immédiat et ses collègues	Argent pour vivre	Nil
Brigitte	Infirmière assistante-chef	Aime le travail auprès de la clientèle Déteste : la paperasse, les réunions	Administration centrée sur le budget plus que sur les personnes	Fierté de la profession Valorisation par la clientèle	Nostalgie du climat d'équipe de l'emploi précédent
Brenda	Enseignante	Aime les tâches, le contact avec les étudiants.	Organisation non adaptée à la nouvelle technologie et à la nouvelle pédagogie. Gestion bureaucratique	Épanouissement personnel	Épuisement à long terme
Bernard	Technicien en instrumentation dans une mine	Autonomie professionnelle Tâches stimulantes	Reconnaissance de sa compétence Confiance manifestée Relations positives avec le supérieur immédiat et les collègues	Compétence reconnue Confiance reçue Valorisation	Tâches parfois routinières
Claire	Enseignante	Aime tout dans l'enseignement	Manque de soutien professionnel	Changement de champ d'enseignement	Ancienneté Isolement professionnel
Charles	Cadre intermédiaire dans une institution d'enseignement	Aime la collaboration avec les professeurs Lourdeur de la tâche de cadre	Absence d'orientations Non-reconnaissance d'une compétence pourtant exploitée	Développement personnel Compétence mise à contribution	Non-reconnaissance d'une compétence pourtant exploitée.
Céline	Aide en alimentation dans un Centre de Santé	Aime préparer les plats des patients et faire la vaisselle	Déteste le contexte de coupures de postes dans le réseau de la santé	Socialisation	Nil
Colette	Enseignante	Aime les tâches et la pédagogie	Trop de pouvoir donné aux étudiants et aux professeurs	Nil dans la situation	Harcèlement Non-reconnaissance
Claude	Directeur d'une entreprise commerciale	Aime toutes les dimensions de son travail	Horaire trop chargé Gestion participative où le client est au centre de l'organisation	Fierté de l'entreprise	Famille immédiate délaissée



Reprenons maintenant ce que disent nos participants sur ces deux aspects d'autonomie décisionnelle et de charge mentale au travail.

- Autonomie décisionnelle : besoin essentiel de maîtriser son environnement au travail (Vézina et al., 1988).

Ce qui fait l'unanimité, c'est la perception subjective de leur compétence au travail, c'est-à-dire leur capacité d'utiliser leurs qualifications professionnelles. En aucun temps, un participant n'a mis en doute son autonomie individuelle de compétence. Tous affirment qu'ils ont le sentiment de faire du bon travail à leur emploi. Même Colette, dont la compétence est ouvertement mise en doute par ses collègues et ses étudiants, dira qu'elle «*avait fait l'affaire durant vingt-deux ans comme enseignante et maintenant elle ne serait plus compétente, non, il y a d'autre chose en dessous de cela*». Les participants, en grande majorité, ont plusieurs années de compétence reconnue à leur actif. Claire dira qu'elle était tout à fait capable de développer de nouvelles habiletés pour entreprendre sa classe à degré double et que le manque fut à un autre niveau. Donc, aucun participant n'a attribué sa dépression au fait qu'il ait dû réaliser des tâches qu'il n'était pas capable d'accomplir.

Nous retrouvons le même constat concernant l'autonomie dans l'exécution de leur travail c'est-à-dire le pouvoir de faire leur travail comme ils l'entendent (Vézina, 1988, Karasek, 1990, Tennant, 2001). Personne n'a mentionné de limites ou contraintes désagréables dans l'exécution des tâches à accomplir. Charles s'est même permis de réorganiser tout un secteur d'activités qui aurait dû être fait par un autre cadre de son établissement. Donc, rien non plus de ce côté n'aurait pu entraîner leur état dépressif.

- Charge mentale au travail, c'est-à-dire l'adéquation entre les exigences des tâches effectuées et les capacités du travailleur (Vézina et al., 1988).

Quant à la charge mentale liée à leur travail, les perceptions varient d'un sujet à l'autre. Concernant les tâches effectuées, la grande majorité dit les aimer : c'est le cas de Bertrand, Bernard, Brenda, Claire, Céline, Colette, Charles et Claude. À titre d'exemple, Céline aime bien préparer les plats des patients et faire la vaisselle, ce qu'elle fait depuis trente ans et son travail, dit-elle, est un plus dans sa vie.

Par ailleurs, Anne et Brigitte reconnaissent qu'elles aiment certaines tâches et d'autres, non. Anne dit aimer la gestion et détester la vente mais n'attribuera pas son état dépressif à cette réalité. Brigitte aime le travail auprès de la clientèle et le travail d'équipe mais déteste les réunions, la paperasse et la gestion des budgets. Brigitte réalisera qu'un an et demi d'un travail qui ne correspondait pas à ses aspirations et goûts aura un effet déterminant sur son épuisement à l'emploi et l'apparition de sa période dépressive. Son désir de quitter cet emploi est si fort qu'elle interrompra prématurément son arrêt de travail pour obtenir un poste vacant d'infirmière dans un autre département.

En résumé, tous sauf Brigitte, affirment aimer leur travail mais jugent trop élevé le nombre de tâches à accomplir d'où le sentiment d'avoir ce que le Conseil du statut de la Femme (1997) a appelé une surcharge mentale quantitative au travail.

Claire, à qui on confie un degré double, est laissée à elle-même pour faire toutes ses préparations de classe : contenus et outils pédagogiques. Charles doit s'occuper de toutes les demandes concernant les programmes gouvernementaux, le recrutement du personnel et tous les nouveaux dossiers qu'on dépose sur son bureau, certains devant être «*finalisés pour hier*».

«Dès qu'il y avait un nouveau projet de la part de la direction, parce

que je suis un cadre intermédiaire, il arrivait sur mon bureau et on me disait : occupe-toi de ça...Ça n'a pas d'allure. Moi dans mon cas, je me suis toujours dit : une personne doit avoir le temps de faire le travail ... Le fait que tout arrive par écrit et que le délai non raisonnable pour le réaliser... La personne ne peut pas prendre vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour deux jours et dire qu'elle ne s'occupe que de ce dossier». (Charles)

Ce que souligne Charles, c'est à la fois le trop grand nombre de dossiers à réaliser donc surcharge quantitative et à la fois le fait d'avoir à les traiter dans des délais trop courts d'où la restriction dans son autonomie décisionnelle.

L'éventail des tâches et responsabilités de Claude est sans fin : gestion du personnel, gestion financière et relations externes et internes. Dans son cas, ce sont toutes ses facultés: raison, jugement, mémoire, intelligence, affectivité et capacité relationnelle qui sont constamment sollicitées. Donc, du travail comme l'ont décrit Vézina et al. (1988) générant à un degré très élevé à la fois une charge mentale cognitive donc, mobilisant ses fonctions cognitives et à la fois une charge mentale psychique donc, mobilisant ses capacités affectives et relationnelles. Dans la situation de Claude, ce qui est surprenant, ce n'est pas tant l'apparition d'une dépression comme le fait qu'il ait tenu ce régime de travail si longtemps.

Quelques-uns ont soulevé l'horaire de travail comme étant un élément problématique. Qu'il soit imposé (Anne et Brigitte ) ou choisi (Claire, Charles et Claude) les résultats sont les mêmes. Les impacts soulignés d'un horaire trop chargé furent : absence auprès des enfants et de la famille qui amène une détérioration des relations familiales (Anne, Brigitte et Claude), chambardement de l'organisation de vie (Anne et Brigitte) et envahissement de toute l'existence par le travail (Claire, Charles et Claude).

Ces réalités qui créent une surcharge mentale ont donc eu un impact majeur sur

la détérioration de leur santé mentale. Encore une fois, ce ne sont pas les tâches en elles-mêmes qui font problème mais leur trop grand nombre. En effet, tâche difficile ne signifie pas automatiquement difficulté de santé mentale. Au contraire, Bernard a bien exprimé que les difficultés d'une tâche à accomplir, lorsque celles-ci viennent solliciter sa compétence, loin d'être un facteur négatif, deviennent un stimulant pour lui et augmentent sa satisfaction à l'emploi.

«Oui il y avait plein de choses. C'est toujours un challenge dans les tâches... Quand il y avait quelque chose de gros qui se passe, c'est moi qu'ils appellent. Il y a un gros moteur qui ne part pas, c'est moi qu'on appelle. Moi j'aime ça travailler quand c'est important, pas quand il s'agit de changer une prise électrique».

Brigitte renforce cet énoncé par l'inverse en ce sens qu'une sous-charge mentale devient un facteur négatif sur la santé mentale d'un individu et sur son rendement à l'emploi. Après dix-sept années dans le même département, celle-ci réalise que son travail ne lui apporte plus assez de défi. Il est devenu tellement routinier qu'il n'y a plus rien de stimulant pour elle à l'accomplir. Elle postulera sur un poste d'assistante-chef même si la description de tâches ne l'attire pas tellement.

Enfin, disons que certains aspects liés à l'organisation du travail ont été mentionnés comme ayant eu un impact sur la santé des travailleurs. Certains aspects ont eu un impact positif. À titre d'exemple, Anne mentionne que d'une part, ses responsabilités de gestionnaire répondaient à ses besoins de contacts avec les autres et d'autre part, le travail de bureau et de gestion de la paperasse à ses besoins de solitude. D'autres aspects ont eu un impact négatif. Le témoignage de Brigitte est éloquent sur ce point. Ayant travaillé comme assistante-chef et comme infirmière dans trois départements différents, elle constate que lorsque son travail lui permettait une prestation de services de qualité, un travail en équipe satisfaisant et une marge de manœuvre dans

l'organisation de son travail, celui-ci était énergisant pour elle. Par contre, lorsque, au bloc opératoire, elle se sentait davantage «*servante des chirurgiens... et chacun a ses caprices*» elle considérait son travail comme beaucoup moins valorisant. D'ailleurs, son évaluation sur l'évolution de l'exercice de sa profession est intéressante. Fièbre d'être infirmière au début de sa carrière, elle l'est beaucoup moins depuis le contexte de coupures de postes des dernières années et surtout depuis l'arrivée d'une gestion toujours plus centrée sur l'administration que sur les personnes. Elle traduit exactement ce que Marie-Claire Carpentier-Roy (1995) présentait comme un des indicateurs de l'anomie sociale, à savoir la disparition de l'affectif dans les rapports sociaux au travail à la faveur de la finalité économique. Ce contexte de rationalisation du réseau de la santé et de coupure de postes a été mentionné aussi par Céline comme un facteur négatif à la fois sur le climat de travail et sur son rendement individuel à l'emploi.

Charles souligne à sa façon la déshumanisation d'une administration qui d'un côté, lui reprochera une trop grande collaboration et proximité avec les professeurs mais de l'autre, exploitera occasionnellement la qualité de ses liens avec les professeurs pour régler des problèmes litigieux avec eux.

A partir de cette perception des participants, nous faisons les deux constats suivants :

- L'autonomie décisionnelle qu'ils affirment posséder et qui est en soi un facteur positif pour la santé mentale n'a pas suffi à leur éviter un épisode dépressif.
- La surcharge mentale, quantitative et qualitative, a été un facteur majeur de la détérioration de leur santé mentale.

Proposition :

Le témoignage des participants montre que l'autonomie professionnelle

conjuguée à une charge mentale acceptable sont deux facteurs importants qui peuvent préserver la santé mentale des travailleurs.

### 3.2 Vécu dépressif lié à l'emploi : comment on s'en sort

Dans cette section, deux dimensions sont à considérer : une dimension liée à l'environnement, à savoir, la présence ou l'absence du soutien social et ses effets sur la santé mentale des travailleurs et une dimension individuelle, à savoir, les stratégies utilisées par ceux-ci pour affronter les difficultés rencontrées dans leur milieu de travail.

Concernant la dimension environnementale, rappelons que le soutien social se définit : *«le répertoire de liens autour d'un individu, susceptible de lui procurer diverses formes d'aide c'est à dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie»*. (Bozzini et Tessier, 1995) Et le soutien social à l'emploi se réfère au besoin du travailleur d'être reconnu par son patron et ses collègues dans ce qu'il est, ce qu'il fait et ce qu'il vit au travail. Rappelons aussi avec De Gaulejac et Taboada (1994) que, soutien social existant ou pas, l'individu lui-même réagit aux difficultés qu'il rencontre à son travail et adopte différentes stratégies, aidantes ou pas, pour surmonter ces difficultés. Voyons ce que nous révèlent les travailleurs interviewés sur ces deux réalités du soutien social et des stratégies utilisées par eux pour préserver leur santé mentale. Au Tableau IV de la page suivante, nous retrouvons les perceptions des participants au sujet du soutien social.

**Tableau IV Soutien social : perceptions des participants à la recherche**

<b>Prénoms</b>	<b>Famille</b>	<b>Amis</b>	<b>Patron</b>	<b>Collègues</b>	<b>P.A.E. et autres</b>
Anne	Nouveau conjoint = Compréhension Acceptation Conseils Engagement	Contacts sécurisants de : Amie à Val d'Or Amie à Rouyn-Noranda	Patronne compréhensive	-	Soutien positif du psychiatre et de l'Organisme communautaire en santé mentale Le Pont Soutien non efficace de : Psychologue, travailleuse sociale en CLSC, acupuncture, produits naturels
Bertrand	Ses enfants : soutien vital. Ses sœurs : acceptation sans jugement		Soutien moral respectueux Compréhension	Compréhension	Travailleuse sociale par le P.A.E.
Brigitte	Nouveau conjoint positif Adolescent difficile	Amies : soutien et questionnent son choix	Questionne son choix et sa capacité de faire la job.	Valorisation Compétence reconnue	Travailleuse sociale par le P.A.E.
Brenda	Conjoint : partage des tâches ménagères Dialogue dédramatisant	Amie : humour Téléphones d'amies de l'extérieur.	-	Compassion	Soutien positif de la travailleuse sociale et du psychiatre.
Bernard	Ses enfants : sa raison de vivre	Loisirs avec un ami Croisière	Valorisation Soutien financier	Relations positives	Travailleuse sociale par le P.A.E.
Claire	Célibataire	Une amie aidante	Aucun soutien ni de l'employeur ni du Syndicat	Nil sauf d'un conseiller pédagogique	Médecin en clinique privée Psychiatre.
Charles	Célibataire	-	Téléphones d'appui de fonctionnaires du Ministère	Aucun soutien des cadres Soutien des professeurs.	Médecin
Céline	Conjoint suicidaire Soutien positif des enfants	Bons amis	Supérieur compréhensif	Soutien lors du retour progressif	Travailleuse sociale par le P.A.E.
Colette	Aide du conjoint, des enfants et d'un de ses frères.	Plusieurs amies.	Syndicat et employeur : bon soutien	De collègues qui sont aussi des amies.	Travailleuse sociale
Claude	Rôle vital de sa conjointe. Deux frères et deux soeurs	-	-	-	Travailleuse sociale en privé Psychiatre

### 3.2.1 Soutien social

Puisque les participants ont beaucoup parlé du soutien reçu de leur entourage, conjoint, enfants et amis-es, ainsi que le soutien reçu en relation d'aide par des professionnels, nous incluons dans les résultats de cette recherche les différents aspects du soutien social concernant leur vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle.

De l'avis de tous, le soutien le plus efficace et le plus apprécié est venu à la fois des êtres proches tels conjoint, enfants, parents, amis, et de l'aide professionnelle. Concernant le soutien reçu à l'emploi par les patrons et les collègues, la réalité fut bien différente d'un sujet à l'autre. Certains parlent d'un soutien avoué et soutenu alors que d'autres parlent de désengagement du patron et rejet par les collègues dans un cas. Voyons de plus près la nature et les manifestations du soutien reçu.

#### - Soutien des proches

En ce qui concerne le soutien social reçu de l'entourage, les manifestations sont multiples et de sources différentes. Pour toutes les personnes vivant avec un conjoint, il s'est avéré que celui-ci a joué un rôle positif de première importance. Ce soutien accordé par le conjoint s'est manifesté le plus souvent par une présence aimante, compréhensive et dont l'écoute empathique et sans jugement fut déterminante. Anne parle de son conjoint aidant comme d'un homme compréhensif, attentif et respectueux de ses besoins qui, dira-t-elle, «*me permet d'être moi*» sans peur. Brenda mentionne que son conjoint l'a aidée particulièrement «*en faisant du ménage*», en parlant beaucoup avec elle ce qui a eu l'effet de dédramatiser la situation. Colette a beaucoup apprécié la présence de son conjoint dont la confiance à son endroit ne s'est jamais démentie. Claude pour sa part, avoua que si sa femme n'avait pas été à ses



côtés pendant tout ce temps, *«j'aurais pas passé au travers. Je ne serais plus là»*. Sa conjointe, dit-il, s'est avérée précieuse pour tout prendre en main l'organisation du domaine familial, l'ensemble des tâches ménagères, les décisions à prendre, l'aider à prendre l'air, l'accompagner dans sa longue et pénible réhabilitation tout en faisant marcher son commerce à elle pour boucler le budget.

Tous aussi ont mentionné la présence d'amis les supportant durant cet épisode dépressif de leur vie. Présence d'amis à qui ils peuvent parler et se confier. Anne est particulièrement reconnaissante aujourd'hui à une amie qui, durant la période la plus sombre, l'appelait chaque jour lui fournissant ainsi un contact quotidien de sécurité. Bernard a bénéficié d'un café du dimanche et activité de ski avec un ami fidèle dont la relation se poursuit encore aujourd'hui. Brenda retrouvera humour et rire avec une de ses meilleures amies et appréciera les contacts téléphoniques de trois autres de l'extérieur de la région lui apportant consolation, réconfort et encouragement. Chez tous, cette présence d'amis fidèles signifiait qu'à travers les difficultés rencontrées, ils avaient encore de la valeur pour quelqu'un d'autre.

Certains (Claude, Bertrand et Colette) soulignèrent l'appui reçu de leurs frères et sœurs. Bertrand a surtout apprécié l'engagement de ses deux sœurs à son endroit :

«En m'écoutant, en pouvant parler avec eux autres, en n'étant pas jugé par elles. Mes sœurs sont vraiment spirituelles et ouvertes. Elles ne jugent pas et ne condamnent personne. Pour moi, c'était vraiment libérateur».

Et, au plus creux de sa dépression, l'une d'elles est venue en région habiter avec lui durant une semaine entière pour l'aider dans son quotidien. Colette, pour sa part, a été habitée par une phrase que son frère lui a redit souvent : *«ne*

*déprime pas pour eux, ils n'en valent pas la peine*». Donc une fraternité chaleureuse ressentie et manifestée signifiant la qualité de ces liens.

La présence des enfants fut d'un grand réconfort pour tous ceux qui étaient parents (Anne, Bertrand, Bernard, Brigitte, Céline, Colette et Claude). Anne apprécia la chaleur de dormir occasionnellement avec ses deux jeunes enfants. Pour Bertrand et Bernard, la présence de leurs enfants fut vitale. Bertrand nous dit: *«Si mes enfants n'avaient pas été là, je ne sais pas si je serais encore assis là»*. Et Bernard affirme: *«Ils ont été ma raison de remonter et de tenir le coup»*. Ce que nous avons compris de leur témoignage, c'est que ces deux pères, forcés par les événements de s'occuper seuls de leurs enfants, ont découvert une nouvelle façon d'être père, plus exigeante en termes de lien affectif et de responsabilité mais beaucoup plus valorisante pour eux. Nous y reviendrons quand nous aborderons les impacts de cet arrêt de travail sur leur vie.

Cette présence des enfants a généralement été présentée comme un facteur positif. Par contre, certains ont mentionné que cette même présence grugeait beaucoup de leur énergie. Brigitte, monoparentale avec la garde complète de ses deux adolescents parla en ce sens. Bernard dira qu'il aimait se retrouver avec ses enfants mais qu'il aimait aussi se retrouver seul. En résumé, présence des enfants qui nourrit les besoins affectifs, garde en alerte le rôle de parent et parfois contribue à un certain essoufflement. Donc, de l'avis de tous, ce soutien social reçu des personnes proches fut déterminant sur le rétablissement de leur santé mentale.

Proposition :

Le soutien social provenant des liens personnels familiaux et amicaux, peut jouer un rôle de premier plan sur la santé mentale des individus.

## - Soutien social à l'emploi

Voyons maintenant le soutien social vécu à l'emploi. Nous aborderons le soutien reçu des supérieurs immédiats, du syndicat et des collègues.

À ce chapitre, plusieurs ont bénéficié d'un soutien vraiment aidant de la part des patrons, collègues, syndicats alors que d'autres ont vu leur détresse augmentée par l'attitude de leurs patrons et de leur organisation.

Abordons en premier lieu, l'apport des patrons. Dans la majorité des situations, cet apport fut positif. Anne a trouvé chez sa patronne une attitude compréhensive et facilitante concernant son arrêt de travail. Bertrand, qui avait eu une première expérience antérieure négative avec son ancien patron, a rencontré cette fois-ci un «boss» compréhensif :

«C'était plus facile pour ce contremaître, il avait vécu un burnout, il y a un an. Et il avait arrêté de travailler lui avec. Il était plus sensible à mon cas. Et quand je lui ai dit cela que j'arrêtais de travailler, car cette fois-ci c'est moi qui ai décidé d'arrêter, je suis allé le voir pour lui annoncer. Et cette fois, il m'a dit : prends ton temps, Bertrand, il n'y a aucune machine ici qui va presser plus que toi, ta santé. Prends ton temps, que ça prenne deux mois, quatre mois. Ce qu'on veut c'est que tu reviennes comme avant, en parfaite santé. Tu es un bon mécanicien. Tu nous as donné du très bon service et on veut revoir l'ancien Bertrand comme avant ».

Bernard est le plus louangeur à l'endroit de son supérieur immédiat. Il affirme avoir toujours été valorisé du fait que celui-ci reconnaisse ouvertement sa compétence et qu'il lui laisse beaucoup d'autonomie professionnelle. Fait significatif, il raconte :

«Je voyais une travailleuse sociale et j'arrivais au bout du programme d'aide de la compagnie. Et il y a quelqu'un du bureau du

personnel qui a dit : il y a d'autres projets, des fois on peut... Laisse-moi regarder ça. Il m'a dit : je regarde ça avec la thérapeute. Si tu as des rencontres de plus, ce sera payé par la compagnie».

Et il traduisait la gratification reçue en ces mots : *«Je suis bien conscient de cela et je l'apprécie. Ils investissent encore en moi. Ils ont l'impression qu'il reste quelque chose, quelques bonnes affaires à tirer.... »*. En fin d'entrevue, il souhaitera aux travailleurs qui ont à vivre une période difficile d'être traité par leur patron comme il a été traité par le sien. C'est dire à quel point il a apprécié l'attitude de son patron à son égard.

Une autre qui s'est sentie bien appuyée par son employeur et par son syndicat, c'est Colette. Remise en question dans sa compétence par ses collègues et par les étudiants, la réaction positive est venue de l'employeur et du syndicat. Soutien de l'employeur :

«Le directeur des ressources humaines est venu dire au département : arrêtez de niaiser, Colette est là et elle enseigne. Mais quelqu'un a dit : on aurait dû demander l'avis aux étudiants pour le retour de Colette... Et le directeur des ressources humaines a bondi trois pieds sur sa chaise et il a dit : c'est nous qui engageons les professeurs et non les étudiants».

De la part du syndicat, là aussi l'assistance accordée à certains travailleurs est bien différente de l'un à l'autre. Colette est fière de dire :

«Je peux très souvent entrer en contact avec mon syndicat, parler de ce que je vis et j'ai une très bonne écoute de leur part... Mettons que le président a une réunion à Montréal, j'ai un numéro de téléphone cellulaire d'un conseiller que je peux rejoindre, à six heures le soir, à huit heures le soir...».

En tout temps, Colette a été soutenue par le syndicat. Cependant, nous tenons à préciser que ce même syndicat n'est pas allé jusqu'à s'impliquer auprès des

autres syndiqués qui exerçaient le harcèlement. De la part des professeurs, ce harcèlement à son endroit se manifestait par des allusions mettant en doute sa compétence et sa capacité d'encadrer positivement les étudiants en supervision avec elle et de manquer de discipline en classe. On lui disait qu'elle pourrait toujours faire du classement. On est allé jusqu'à demander à l'employeur de faire enquête auprès des étudiants pour évaluer leur satisfaction quant à son enseignement. De la part des étudiants, on organisa un boycott de la supervision qu'ils devaient recevoir d'elle, etc. La direction effectua effectivement un sondage auprès des étudiants leur demandant leurs commentaires sur l'engagement professoral de Colette. C'est surprenant aussi que le syndicat ne se soit pas opposé à cette décision de la direction. Ces différents témoignages illustrent l'apport positif ou négatif que les supérieurs immédiats et les représentants syndicaux peuvent avoir dans de telles situations.

Pour Brigitte, l'attitude négative du supérieur à son endroit eut plutôt un effet positif sur elle. En effet, souhaitant quitter son poste d'assistante-chef, elle posa sa candidature dans un autre département. Les autorités, loin de l'encourager, ont plutôt questionné son choix et même sa capacité de faire le travail. La réaction de Brigitte fut vive: *«Ben les maudits, ils ne m'auront pas... C'est vrai que ça a eu un effet stimulant»*. De plus, durant son arrêt de travail, elle aurait souhaité que la direction lui permette de se rétablir comme il faut avant de prendre le poste. Elle déclare :

«Ils doivent se dire, une fille qui est vraiment guérie sera plus rentable mais s'ils avaient voulu ça, ils m'auraient donné plus long de congé et ils m'auraient dit : ton poste, il va t'attendre. Prends le temps d'être vraiment capable et partir du bon pied. J'aurais dit : mon dieu merci. Je serais peut-être revenue aussi vite, peut-être que ça n'aurait pas pris deux mois de plus, peut-être que ça les aurait pris. Je ne le sais pas. Mais au moins je me serais sentie moins obligée et me serais dit : j'ai fait le maximum... J'aurais été capable de dire aujourd'hui si je suis fatiguée, ça doit être autre chose, cherche ailleurs».

Ce témoignage en dit long sur la nécessité de réintégrer le travail au moment où la personne est capable de reprendre l'ensemble de ses tâches. En entrevue, Brigitte avouera qu'elle traîne depuis ce temps, une «*fatigue de fond*» qu'elle ressent malheureusement encore aujourd'hui.

Pour sa part, Claire a rencontré de multiples obstacles provenant de l'institution d'enseignement. En lui confiant une classe à degré double, son supérieur n'a prévu aucune mesure pour la soutenir dans ses nouvelles tâches. Elle demanda d'avoir une stagiaire pour l'aider : ce fut non. Elle demanda qu'on lui fournisse des outils pédagogiques : ce fut non. Elle a dû elle-même expliquer aux parents concernés la situation du degré double alors que cette responsabilité revenait nettement aux autorités de l'école. Et dans la lettre que le directeur du personnel a fourni au médecin qui devait évaluer son état de santé, il s'est permis, dit-elle, une culpabilisation subtile. Claire raconte :

«Quand il m'a envoyée voir le médecin de la commission, la première fois dans sa lettre, dans son préambule de la lettre, il disait : comment ça se fait qu'elle a enseigné l'éducation physique avant pis qu'elle n'était pas malade pis que là elle a enseigné un an au régulier et elle tombe malade».

C'est dire l'incompréhension totale de la part du directeur concernant la situation vécue par Claire, cette année-là. Même réaction de la part du syndicat qui se doit pourtant de soutenir et défendre les droits des syndiqués. Dans son cas, ils ont décidé de respecter l'ancienneté dans l'école plutôt que l'ancienneté à la commission scolaire. Claire avait plus de vingt ans d'ancienneté à la commission scolaire et aucune année à l'école où elle arrivait. C'est ce qui explique que c'est à elle qu'on a confié le degré double. Claire a eu le sentiment d'être victime d'une grave injustice. Et malgré ses demandes répétées, la non-implication du syndicat à clarifier ce point de convention collective avec l'employeur a été vécue très péniblement par elle. Durant l'entrevue, à plusieurs

reprises elle réaffirma sa conviction que si elle avait eu un peu de compréhension et d'aide de la part de ses supérieurs, elle aurait passé au travers sans devoir quitter son travail et vivre tous les inconvénients de cet arrêt de travail.

Un autre aspect positif du soutien à l'emploi que nous avons exploré c'est le fait d'accorder au travailleur, dans des moments particulièrement difficiles pour lui, des mesures d'accommodation pour lui permettre de maintenir ou récupérer un état de santé satisfaisant. Nous avons posé la question à plusieurs, pour savoir s'ils auraient accueilli favorablement l'offre de mesures d'accommodation, de tâches modifiées ou de formations spéciales pour les aider dans leur emploi. Tous nous ont répondu que de telles mesures n'étaient pas ce qui leur convenait dans l'état où ils étaient. Bernard et Bertrand résument cette position en disant franchement qu'ils n'auraient pas accepté de telles mesures car leur besoin à ce moment là était tout simplement d'arrêter de travailler. Par ailleurs, la possibilité de réintégrer progressivement leur emploi a été accueillie favorablement par tous et bien vécu. Ce que Bernard a particulièrement apprécié à son retour au travail, c'est : *«O.k. ils m'ont ménagé sans me mettre dans de la ouate»*.

Les mesures d'accommodation à l'emploi semblent inappropriées lorsque l'employé est déjà au stade de l'état dépressif. Par contre, nous sommes en droit de penser que si elles sont offertes au moment favorable, souvent identifié par l'employé lui-même, elles pourraient prévenir l'épuisement et éventuellement la dépression.

Un aspect particulier, souligné par plusieurs participants concerne les contacts que l'employeur fait avec l'employé pendant son arrêt de travail. Tous comprennent que les billets de médecin sont nécessaires pour justifier leur arrêt, question de satisfaire les exigences de l'assurance-salaire, mais dans

l'ensemble, ils n'apprécient guère ces contacts. Bertrand et Brigitte se sont dit «*agacés*» par ces contacts. Bertrand y a vu une sorte de pression pour qu'il revienne travailler plus vite. À chaque paye, l'infirmière de la mine lui téléphonait pour qu'il aille chercher son chèque et à chaque fois, il devait lui dire de l'envoyer par la poste. Par contre, Bernard et Brenda, n'ont pas été dérangés par ces rares contacts dans leur cas. La réaction de Anne est singulière : elle a perçu la fermeture du magasin de chaussures où elle travaillait comme une bonne nouvelle car, dit-elle, «*j'étais contente, je n'avais plus d'énergie pour travailler*», et du même souffle elle ajoute qu'elle n'aurait pas à subir la pression de l'employeur et la commande d'examens médicaux pour revenir plus vite à l'emploi.

Nous en déduisons que les contacts avec un employé en arrêt de travail doivent être réalisés en tout respect de l'état de santé de l'employé. Évidemment, des pressions indues exercées directement ou indirectement pour forcer le retour au travail s'avèrent irrespectueuses et inutiles.

Voyons maintenant le soutien reçu des collègues de travail. À ce sujet, à notre étonnement d'ailleurs, peu de chose a été rapporté par les participants. Les quelques manifestations positives signalées furent : partage de tâches déjà prévu par la convention collective (Brenda), manifestation de compassion, conversation, partage, encouragement de la part de collègues de travail ayant vécu une situation semblable et qui a permis à Bertrand de mieux se comprendre lui-même, valorisation par la reconnaissance de leur compétence (Bertrand et Brigitte). Charles, qui n'a eu aucun soutien de ses supérieurs immédiats, a reçu de beaux témoignages d'appui de ses subalternes et même de fonctionnaires du ministère de l'Éducation à Québec. Céline, pour sa part, a bien apprécié l'accueil chaleureux que lui ont procuré ses collègues de travail lors de son retour progressif.



Nous observons que les sujets ont été beaucoup plus sensibles au soutien reçu de leurs supérieurs immédiats que de leurs collègues de travail. Dans leurs cas, ils ont donné plus d'importance à la valorisation reçue de leurs patrons que de leurs pairs. La littérature à ce sujet (Tousignant, 1989, Bozzini, 1995, Carpentier-Roy, 1996) affirmait la réalité sans faire de différence entre le soutien reçu des supérieurs versus celui reçu des collègues de travail. Les résultats de cette recherche montrent l'importance prioritaire accordée au soutien fourni par le supérieur immédiat.

#### Proposition :

Le soutien social donné par le supérieur immédiat a plus d'importance aux yeux des employés que celui reçu de ses collègues de travail. Par conséquent, l'absence de soutien à l'emploi de la part de celui-ci peut avoir des effets négatifs à la fois sur la santé mentale des employés et sur leur rendement au travail. Ce soutien doit comprendre les deux dimensions concernées : soit la reconnaissance de la compétence des employés en favorisant leur autonomie professionnelle et le fait de veiller à ce que le volume et la complexité des tâches demandées à l'employé respectent ses capacités.

Un autre aspect du soutien social reçu provient de l'aide professionnelle dont tous ont bénéficié. Tous ont eu recours au médecin pour l'évaluation de leur santé. Tous, sauf Charles, ont bénéficié d'une aide professionnelle. Dans un premier temps, regardons à la fois le type d'aide reçu et ce que les sujets pensent de ce type d'aide.

Anne a approché plusieurs professionnels avant de trouver l'aide qui lui convenait. Elle dira de la psychologue rencontrée qu'elle était «*trop directe et trop brusque* », de la travailleuse sociale du CLSC : «*Ça ne m'a pas nui, mais ne correspondait pas à mes besoins*» Elle s'est tournée vers l'acupuncture et les

produits naturels qui donnèrent peu de résultats. À son avis, seul le psychiatre et l'intervenante de l'Organisme Le Pont, organisme communautaire en santé mentale, lui ont été d'un réel secours. Elle dit s'être sentie épaulée par le psychiatre qui a bien dosé sa médication. Et Le Pont lui a fourni la présence d'une intervenante de soutien dans sa vie et des activités bienfaisantes pour elle. *«Les activités au Pont, j'ai aimé ça, j'ai aimé ça. J'étais tellement déçue quand le cours a fini. J'aurais continué encore. J'ai adoré mon expérience au Pont. Je me suis fait des amies, ça m'a sortie...».*

Bertrand a apprécié le fait que la travailleuse sociale l'ait aidé à se démêler et à comprendre ce qui lui arrivait. Si la travailleuse sociale l'aidait à voir le chemin, c'était à lui de faire les pas. Il traduit en ces mots son analyse de l'aide reçue :

*«Pour moi, ce fut vraiment bénéfique et je le conseillerais à tout le monde... Ça m'a aidé à me replacer dans ma tête, je me sentais mieux intérieurement... Aujourd'hui, je sais, je m'accepte, je suis certain que revivre une autre affaire, ce serait différent ... L'autre qui t'aide, il a un bagage avec lui, des études, il sait comment faire».*

Bernard témoigne de cette aide à sa manière :

*«Ça m'a aidé à avancer quand je n'en avais plus le goût. Je m'en allais à mon rendez-vous, puis, bâtard, ça ne me tente pas. Pis là, on jasait de trois ou quatre affaires et on me posait deux ou trois questions et tu arrives chez vous le soir et ouais c'est vrai ça, il y avait de semée une petite graine d'espoir. Une interrogation qui m'enlignait sur une piste ou ... Ça t'aide à travailler tous les jours, moi ça me faisait cet effet là... Ça m'a bien aidé de savoir ce qui m'attendait, où je m'en allais... parce que des fois... ça fait une semaine que ça monte pis ça baisse pis là, tu peux devenir impatient et te décourager de ne pas te voir avancer. Et le fait de consulter, on dit : non non écoute, donne-toi une chance. Ça s'en vient là. Te faire prendre conscience de tes progrès, parce que des fois, tu ne réalises pas tes progrès».*

Brenda reconnaît aussi l'aide précieuse que lui a prodiguée un psychiatre même si, à sa première visite, elle n'a pas aimé être comparée au chien de Pavlov. Elle comprit, beaucoup plus tard, que l'intention du psychiatre en utilisant cet exemple était de l'inciter à se mettre en marche. Et ce qu'elle a le plus apprécié dans ses rencontres avec la travailleuse sociale, c'est le fait de pouvoir dire même des conneries en présence d'une professionnelle qui ne porte jamais de jugement; elle a ainsi appris à ne pas se juger elle-même.

Pour Claire, le médecin et le psychiatre furent d'un grand secours. Elle y a trouvé réconfort et soutien. Elle a appris que le perfectionnisme a des limites à respecter sinon on tombe dans un «obsessionnisme» malsain. Céline, Colette et Claude ont aussi bénéficié de l'aide médicale et psychosociale qu'ils ont appréciée comme soutien et particulièrement pour prendre certaines décisions.

Donc unanimité sur ce point : l'aide reçue fut essentielle à leur rétablissement. À la question : si vous aviez eu à choisir entre recevoir de l'aide uniquement de votre famille et de vos amis ou uniquement l'aide professionnelle, laquelle auriez vous choisie? Tous ont répondu qu'ils avaient eu besoin des deux. Et ce qui émerge de leurs affirmations, c'est que les liens personnels leur ont apporté le bienfait de se sentir compris, aimé et encouragé, et l'aide professionnelle leur a apporté le bienfait de normaliser leur vécu dans les circonstances, de faire renaître l'espoir, de respecter le cheminement et les étapes de leur rétablissement. Brigitte résume bien la complémentarité de ces deux types d'aide :

«Tu as peur de tout le temps leur (les proches) rabattre les oreilles avec les mêmes problèmes... Je me disais, au moins la travailleuse sociale, je la paie pour ça... Mes amies m'ont beaucoup aidée aussi mais la thérapie....Quoique mes amies aussi me faisaient voir clair. Mais mes amies ne sont pas objectives comme pouvait l'être la thérapeute... Parce que juste la thérapie, j'ai l'impression que ça ne suffit pas parce que tu n'as

pas le sentiment d'appartenance et d'amitié que tu as avec tes amies... Être objective (en thérapie), être capable de te faire voir ce qui se passe là dedans que tu ne vois pas... tu es trop dedans... Tes amis, ils t'apportent d'autre chose, ils t'apportent de l'amour, ils te comprennent aussi. C'est un petit peu l'objectif et l'affectif ».

Proposition :

À l'occasion d'un épisode dépressif, la relation d'aide reçue de professionnels peut s'avérer déterminante dans le rétablissement de la santé mentale tout autant que l'aide reçue des proches.

### 3.2.2 Stratégies utilisées devant les difficultés rencontrées à l'emploi

De Gaulejac et Taboada (1994) ont montré que devant les mêmes difficultés, les réactions des individus sont bien différentes, certains adoptant des comportements aidants, d'autres des réactions nuisibles à leur bien-être. La question qui se pose maintenant est la suivante : quelles stratégies ont été utilisées ou privilégiées, par les participants à cette recherche, devant les difficultés qui les ont conduits à l'épisode dépressif et celles rencontrées pendant leur arrêt de travail?

Au tableau V de la page suivante nous avons une vue d'ensemble des différentes stratégies utilisées par les participants.

**Tableau V Stratégies utilisées par les participants devant les difficultés rencontrées**

Note : La numérotation des réactions fait référence à leur apparition chronologique dans la vie du participant.

Prénoms	Stratégies		
	Contournement Agir sur le sens	Dégagement Agir sur la situation A- Prendre des moyens pour exprimer son vécu émotif et gérer son stress B- Agir sur le milieu : - dénoncer les manques - dire ses besoins, ses attentes.	Défense Fuir la situation Négation – résignation - supporter sa souffrance
Anne	-	Réaction 2 : Recours au psychologue, à la travailleuse sociale, à l'acupuncture, aux produits naturels, à ses amies, au psychiatre et à l'organisme communautaire en santé mentale. (A)	Réaction 1 : endure sa situation en silence contente de la fermeture du commerce car elle n'aura pas à faire face au milieu de travail à son retour.
Bertrand	Sens donné à sa souffrance : dans toute épreuve il y a du positif	Réaction 2 : demande à sa conjointe de partir (B) Réaction 3 : Faire du vélo pour sortir de la maison, prendre contact avec nature, répondre à son besoin de solitude et consulte une travailleuse sociale ( A)	Réaction 1 : accepte de vivre en colocataire avec sa conjointe qui fréquente ouvertement son amant.
Brigitte	-	( B) Demande des rencontres de département et des rencontres de groupe avec P.A.E Retour précipité à l'emploi pour avoir le poste vacant. (A) Consulte une travailleuse sociale et diminue ses activités de bénévolat.	Compose difficilement avec les inconvénients d'un emploi qui ne lui convient pas.
Brenda	-	(A) Accepte l'aide du conjoint, de ses amies, du psychiatre	Se résigne, envisage la perspective de changer d'emploi
Bernard	-	B- Trouve le livre « pour revivre après l'épreuve », fait les exercices recommandés pour traverser son deuil. A- Consulte une travailleuse sociale en privé.	-
Claire	-	B- Dénonce employeur et syndicat, demande une stagiaire, demande l'aide des conseillers pédagogiques A- Consulte un psychiatre	-
Charles	-	B- Dénonce l'employeur, demande des orientations claires et réorganise lui-même un secteur, revient à l'enseignement A- Prend un congé sabbatique et fait un voyage à Paris	-
Céline	-	Réaction 2 : A- Consulte une travailleuse sociale en privé B - décide de se séparer du conjoint	Réaction 1 : Supporte les menaces suicidaires du conjoint.
Colette	-	Réaction 2 : Dénonce la situation avec l'aide du syndicat (B) Accepte l'aide du conjoint, amies et d'une travailleuse sociale(A)	Réaction 1 : Supporte le harcèlement jusqu'à l'humiliation.
Claude	-	A- Se fait aider de sa famille, du psychiatre et de la travailleuse sociale.	Se résigne à une lente réhabilitation

Quand nous les comparons les uns aux autres en utilisant la typologie de De Gaulejac et Taboada (1994), nous nous rendons vite compte que pour la très grande majorité, les premières réactions ont été de l'ordre des «stratégies de défense» c'est-à-dire de négation, de fuite et de résignation. Et cela pendant un temps plus ou moins long selon les individus. Dans un deuxième temps, elles ont utilisé des «stratégies de dégagement » c'est-à-dire des stratégies où elles ont agi sur leur situation vécue et où elles ont pris des moyens de gérer leur stress. Quelques-uns sont allés jusqu'à dénoncer dans leur milieu de travail ce qu'ils jugeaient inacceptables et exprimer leurs propres besoins et attentes. Un seul, Bernard, a utilisé une «stratégie de contournement » en agissant sur le sens donné à sa souffrance, en tentant de trouver un sens positif à ses épreuves. Voyons de plus près leur cheminement respectif.

Anne, à bout de ses forces, a enduré sa situation au travail jusqu'à l'épuisement (stratégie de défense). Elle a mentionné qu'elle était incapable d'exprimer son malaise et son épuisement à sa patronne. Elle utilisera, par ailleurs, toute une panoplie de moyens pour gérer son stress et sa détresse (stratégies de dégagement) : psychologue, travailleuse sociale, acupuncteur, produits naturels, psychiatre et intervenante communautaire.

Bertrand, en apprenant la décision de sa conjointe de le quitter après dix-sept ans de vie commune, est tenté de nier la situation, d'étirer le temps, de repousser l'échéance : il accepte même de vivre en colocataire avec sa conjointe, laquelle durant ce temps, fréquente ouvertement un autre homme dont elle est amoureuse. Ces stratégies de défense ne feront que l'épuiser davantage jusqu'au jour où il dénoncera clairement la situation et exprimera franchement ses besoins. Il demandera à sa conjointe de quitter la maison (stratégies de dégagement). Il choisira ensuite des moyens pour gérer sa souffrance et son deuil. Il rencontrera une travailleuse sociale en bureau privé et effectuera des activités régulières de vélo pour sortir de la maison, prendre

contact avec la nature et répondre à son besoin de solitude (stratégies de dégagement). Il découvrira qu'il avait développé une dépendance affective envers sa conjointe et avec l'aide de la travailleuse sociale, il travaillera cet aspect de sa personnalité. En plus, tout au long de son épreuve, il trouvera un sens à tout ce qui lui arrive en se disant que dans toute épreuve, nous avons quelque chose à apprendre et nous sommes appelés à grandir (stratégie de contournement).

La réaction de Bernard a quelque chose de particulier. Le milieu de travail n'y étant pour rien dans son état dépressif, il s'investira immédiatement à remédier à sa situation accablante (stratégies de dégagement). Il consulte un ami qui lui conseille un livre expliquant comment revivre après une épreuve. Ce livre propose une série d'exercices à faire pour vivre son deuil. Régulièrement, il fait les exercices suggérés et tente de comprendre les étapes du deuil qu'il est en train de vivre. Lui qui aime peu écrire, s'impose tout de même ce moyen pour s'aider à s'en sortir. Ses rencontres avec une travailleuse sociale lui sont aussi d'un grand secours. Sa détermination à s'en sortir est remarquable. Il met toute sa volonté pour agir sur sa situation. Il réussira après de multiples efforts et une aide professionnelle adéquate.

L'infirmière Brigitte utilise aussi des stratégies de dégagement en se montrant active pour changer la situation qu'elle jugeait insatisfaisante. Elle demanda des rencontres de département pour recréer un travail d'équipe et demanda également des rencontres de groupe par le PAE afin d'aplanir certaines difficultés au département. Ses demandes restées sans réponse n'ont fait qu'augmenter sa frustration et son sentiment d'impuissance face à une organisation qui lui est apparue de plus en plus centrée sur la gestion administrative. Elle a aussi pris d'autres moyens pour gérer sa situation : suivi avec une travailleuse sociale et interruption de son bénévolat (stratégies de dégagement).

Brenda a bénéficié de mesures de partage du travail déjà prévues à la convention collective. Ses rencontres avec une travailleuse sociale (stratégies de dégagement) ont eu un effet bénéfique.

Claire, nous l'avons vu, s'est refusée à la fuite et au contournement. Elle a tout de suite concentré ses énergies pour agir sur sa situation (stratégies de dégagement) : demande d'une stagiaire, sollicitation des conseillers pédagogiques pour créer des outils de travail, interpellation du syndicat et de l'employeur pour qu'une position soit prise dans sa situation et rappel à l'employeur de ses responsabilités envers les parents. Malheureusement, ses appels sont restés sans écho et elle sera abandonnée à elle-même pour résoudre ses difficultés. Elle devra s'en remettre au monde médical pour l'aider à en sortir.

Céline, après une période d'acceptation et de résignation (stratégie de défense), devant un conjoint suicidaire et manipulateur, consultera une travailleuse sociale et prendra finalement la décision de se séparer de ce conjoint (stratégies de dégagement).

Colette, elle aussi, dans un premier temps, absorbe la tempête et supporte les bourrasques et les humiliations (stratégies de fuite). N'en pouvant plus, dans une réaction de survie, elle quitte l'institution d'enseignement (stratégies de dégagement). Dans les circonstances, l'aide du syndicat fut vraiment précieuse. D'ailleurs, son retrait de l'enseignement fut réglé, dit-elle, par une entente syndicat-employeur qui fait figure d'entente-type maintenant au Québec.

Charles, pour sa part, a eu beau dénoncer la lourdeur de ses tâches, demander des orientations claires à son supérieur et réorganiser lui-même tout le système de demande de subventions gouvernementales (stratégies de dégagement), il a décidé de quitter le milieu en prenant un congé sabbatique pour ne pas revivre



l'état dépressif qu'il avait connu auparavant. Il a par la suite décidé de redevenir enseignant puisqu'on lui avait refusé un poste de directeur qu'il convoitait et pour lequel il se jugeait compétent. Donc un Charles actif, qui veut changer des choses mais se bute à une organisation à ses yeux sclérosée.

Claude, pour sa part, a été brutalement forcé de tout arrêter. Il accepta l'aide de son entourage, du psychiatre et d'une travailleuse sociale (stratégies de dégagement).

Qu'est-ce qui émerge de toutes ces expériences? Pouvons-nous en tirer certains points de convergence? En voici quelques-uns :

- Les stratégies de contournement ne sont pratiquement pas utilisées par les participants;
- Les stratégies de défense, utiles à court terme pour tenir le coup et éviter une détérioration trop rapide de la santé s'avèrent à moyen et long terme, inefficaces à préserver la santé mentale. L'expérience ainsi rapportée donne raison à De Gaulejac et Taboada (1994) qui indiquaient que les stratégies de défense cachent chez l'individu une image négative de lui-même et entraînent rapidement une détérioration de sa santé mentale;
- Les stratégies de dégagement apparaissent les plus efficaces pour retrouver une bonne santé mentale. D'une part, les moyens pris pour gérer le stress occasionné par les difficultés rencontrées ont un effet bénéfique sur la santé des individus. D'autre part, les actions, les dénonciations des situations inacceptables et l'affirmation positive des besoins et attentes, demeurent inefficaces dans un milieu de travail où les patrons font la sourde oreille à ces énoncés. Elles pourraient certainement être l'occasion d'améliorer les conditions de travail et par voie de conséquence, la santé des employés si elles

étaient pris en compte par les supérieurs immédiats. Ici aussi, De Gaulejac et Taboada (1994) sont confirmés dans leur analyse. En effet, ils ont montré que ces stratégies de dégagement mobilisent l'énergie du travailleur et l'aident à sortir de sa situation. Il met à profit son agressivité pour dénoncer les sources de malaise dans son milieu de travail. Il préserve ainsi l'image positive de lui-même et l'aide à s'adapter à son milieu.

### 3.3 Impacts de ce vécu dépressif

Nous avons présenté jusqu'ici une multitude d'informations et perceptions des participants concernant le vécu de leur épisode dépressif et leur vécu à l'emploi. Or, cet épisode dépressif, plus ou moins long selon les sujets, a eu différents impacts qu'ils nous ont communiqués en entrevues. Un regroupement facile s'est vite imposé autour des thèmes suivants : le rapport à soi, le rapport au travail, le rapport aux proches, l'échelle de valeurs et le sens à la vie incluant les rêves actuels de bonheur et d'avenir.

Dans un premier temps, observons le tableau VI à la page suivante. On y retrouve les données fournies par chacun des participants quant aux impacts de cet épisode dépressif sur leur rapport à eux-mêmes, leur rapport au travail et leur rapport aux proches soit le conjoint, les enfants et les amis.

**Tableau VI Impacts observés par les participants suite à leur épisode dépressif :**  
**Rapport à soi – rapport au travail – rapport aux proches**

Prénoms	Rapport à soi	Rapport au travail	Rapport aux proches : conjoint-enfants-amis
Anne	Meilleure connaissance et respect de ses capacités et limites. Image de soi avant l'image perçue Conscience de sa fragilité	Importance d'aimer son travail Nouvelle vision du travail : -horaire et tâches convenables –travail en équipe -rapporte à soi tout en aidant les autres -à l'aise avec le patron. Aime le bénévolat	Attentes envers le conjoint : respect, compréhension, engagement émotif
Bertrand	Amélioration de l'image de soi, l'estime de soi, l'affirmation positive de ses besoins Capacité de solitude	Travail demeure source de fierté et de financement. Importance moindre donnée au travail : diminution du temps supplémentaire.	Importance d'investir dans la relation de couple Père plus proche et attentif aux besoins des enfants
Brigitte	Plus attentive à ses besoins, au respect de soi Se sent encore un peu coupable de ces changements	Travail devenu source de plaisir et demeure important pour le financement Travail d'infirmière actuellement moins valorisant.	Investir davantage dans la relation au conjoint Capable de dire non à ses amis
Brenda	Proche de ses émotions, rapprochement de ses besoins Diminution de l'importance accordée à l'opinion des autres sur soi Conscience plus vive du moment présent	Le travail est devenu une partie de sa vie Organisation du travail améliorée Recherche un milieu de travail de collaboration et non de compétition	Meilleure communication et présence aux étudiants Liens d'amitié renforcés
Bernard	Amélioration de l'équilibre entre le travailleur et l'homme Amour de la solitude	Importance de la relation humaine dans le travail. La valorisation par la compétence est demeurée la même. Fini le temps supplémentaire	Transformation du rôle de père : de pourvoyeur à père attentif aux besoins affectifs des enfants
Claire	Respect de ses besoins avant ceux des autres. Attention à sa capacité de travail et de plaisir Meilleure connaissance des signaux d'alarme corporels	Réduction de l'investissement au travail	Importance des liens d'amitié
Charles	Découverte de soi Poursuivre sa culture personnelle	Importance de l'autonomie personnelle et de la liberté dans le travail Éviter de faire le travail des autres	-
Céline	Découverte de l'importance de prendre soin de soi	Mêmes bienfaits du travail : source de financement et de socialisation	Rapprochement avec sa famille Dépasser la haine et la colère de l'ex-conjoint pour permettre l'ouverture du cœur à une nouvelle relation.
Colette	Amélioration significative de l'estime de soi	Nouvel équilibre : travail-loisirs-dormir	Renforcement des liens familiaux et amicaux Priorité de la délicatesse dans les relations humaines
Claude	Découverte de ses limites individuelles : sentiment de fragilité dans sa capacité de les respecter.	Nécessité du travail pour gagner sa vie et subvenir aux besoins des siens	Importance d'encourager les enfants dans leurs projets

### 3.3.1 : Le rapport à soi

Un premier niveau d'impact qui ressort des confidences reçues des participants touche certains changements qui se sont effectués concernant leur image d'eux-mêmes traduits en termes de meilleure connaissance, acceptation et estime d'eux-mêmes. L'aspect le plus souvent énoncé par les participants sur ce rapport à eux-mêmes est une meilleure connaissance de leurs capacités et un plus grand respect de leurs limites ( Anne, Bernard, Brigitte, Brenda, Claire, Céline, Charles et Claude).

Anne, naturellement attentive aux autres, découvre la satisfaction de répondre à ses besoins personnels, capacité de se reposer, se donner des loisirs qu'elle aime et meilleure reconnaissance et acceptation de ses états d'âme, de la joie à la déprime.

Bertrand, après deux relations amoureuses similaires dans leur histoire et dans leur fin, a réalisé qu'en amour, il était dépendant affectivement de sa partenaire. Il dit mieux se connaître maintenant et travaille à se respecter davantage.

Brenda traduit cette réalité en disant: *«J'étais assez proche de mes émotions, mais pas assez proche de mes besoins»*.

Ce que Claire a appris : respecter davantage sa *«bulle»*, respecter davantage ses capacités de plaisir, porter davantage attention aux signaux d'alarme corporels indiquant chez elle une baisse d'énergie et choisir *«d'être plus fine pour moi que pour les autres»*.

Claude, dont les limites ont été ignorées et dépassées pendant plus de vingt-cinq ans, est revenu plusieurs fois au cours de l'entrevue sur cet apprentissage du respect de ses limites. Il se demande, encore aujourd'hui, s'il est vraiment

capable, en pratique, de se respecter. Il craint dans un nouvel emploi, de retomber vite dans son ancien «pattern».

À la question à savoir ce que ferait Céline si elle avait à choisir entre un conjoint et ses enfants, avec toute la candeur de ses cinquante ans, elle répond : *«Moi je préfère aujourd'hui que ce serait bon que je vivrais pour moi»*. Elle avoue avoir commencé à porter plus d'attention à elle-même :

«M'habiller en robe, je me maquille... Je tricote, je fais de la marche. J'ai le goût de m'asseoir et m'allumer une chandelle, je vais le faire... Je me regarde dans le miroir. Avant ça, j'avais comme pas le temps. Là, j'ai décidé que il faut que je me regarde dans le miroir. Tu te regardes, tu te maquilles, tu peux regarder ton intérieur et des fois, je me dis, sais-tu? Tu paraîs bien... ».

Charles aussi a découvert l'importance de s'intéresser à lui, à «meubler sa vie» avec d'autre chose que du travail.

«Je dirais que dans la vie, j'ai commencé à voir ça d'une façon différente. Je commence à penser à moi-même. J'ai commencé à lire, j'aime bien le porto, je prends le temps de lire sur le porto. J'aime bien prendre un bon verre de temps en temps pis je me le « tappe » même si le lendemain, j'ai à travailler. Je suis avec des amis, je vais prendre le temps de le prendre même si le lendemain j'ai un peu mal à la tête. J'ai commencé à me dire, je vais commencer à me cultiver. Je vais augmenter mon savoir personnel, rencontrer des gens que j'aime bien, prendre le temps de les voir et de ne pas me sentir pressé parce que je me dis : j'ai un travail à faire ou il y a quelque chose qu'il faudrait que j'aie fait... C'est à Paris que j'ai eu le temps de dire je prends le temps de me promener. C'est là que j'ai commencé à me dire au fond qu'est-ce qui est important pour moi et non pas pour les autres, pour le travail. Et j'ai commencé à me dire : il y a des choses que je veux vivre avant de crever. Et si je ne le fais pas, il n'y a personne qui va les faire à ma place».

À partir de cette découverte nouvelle de l'importance du respect de soi,

plusieurs ont mentionné une nouvelle autonomie personnelle, une meilleure affirmation positive face aux autres, et par voie de conséquence, une relativisation de l'opinion des autres envers eux-mêmes : « *Ce que les autres pensent ne me dérange plus du tout* » (Anne). « *Il y a une chose que j'ai arrêté de faire dans ma vie, c'est de me demander ce que l'autre pense de moi* » (Brenda). En conséquence, elles disent être davantage capable de dire non aux autres sans crainte d'en être diminuées. Brigitte, plus attentive à ses besoins et au respect d'elle-même, s'affirme davantage dans son milieu de travail. Elle refuse de faire certaines tâches. Elle refuse de faire du temps supplémentaire. Elle trouve les autres un peu « *folles* » de travailler autant. Ce changement récent ne la laisse pas sans se sentir un peu coupable car elle a le sentiment d'être « *devenue paresseuse* ». Brenda a appris aussi à dire non à certaines demandes des étudiants, non à certaines propositions provenant de ses amis, non même à ses parents. Cette nouvelle attention à soi lui a enlevé ce qu'elle appelle la « *pression de la promesse* ». Auparavant, elle promettait de faire telle chose, d'aller à telle sortie, d'aller visiter ses parents à telle date, et ensuite quoi qu'il arrive, elle se sentait obligée par son engagement. Changement bénéfique, dira-t-elle qui lui permet davantage d'être consciente et de goûter le moment présent. Enfin, les « *non* » de Charles sont maintenant adressés à tous ceux qui veulent se servir de lui pour faire leur travail.

De plus, certains ont parlé explicitement en termes d'amélioration de leur estime de soi. Bertrand en est un exemple éloquent; de « *dépendant affectif* » il a rebâti une certaine estime de lui-même et son grand besoin de comprendre ce qui lui arrivait, l'a conduit à une meilleure connaissance, acceptation et estime de lui-même. Un bon indicateur de cela, il est maintenant capable de solitude. Bernard fait le même constat : il est capable d'être bien, seul.

Enfin, un dernier aspect mentionné et, aussi paradoxal que cela puisse paraître, le sentiment en même temps d'une plus grande solidité d'être et en

même temps d'une plus grande fragilité ( Anne, Brenda et Brigitte).

Propositions :

L'épisode dépressif peut devenir une occasion de mieux se connaître, d'apprendre à respecter ses limites et mieux s'apprécier soi-même.

L'amélioration de l'image de soi et de l'estime de soi entraîne une diminution de l'importance donnée à l'opinion des autres sur soi-même. Elle entraîne aussi une plus grande capacité d'affirmer positivement ses besoins et de s'engager à les satisfaire. La personne devient ainsi responsable de son mieux-être.

### 3.3.2 Le rapport au travail

Ce qui a changé dans leur perception du travail, ce n'est pas la fonction économique du travail que tous reconnaissent encore aujourd'hui mais l'importance que prend maintenant le travail dans leur vie. Pour tous, le besoin de travailler pour gagner leur vie demeure. Ce qui a changé, c'est l'importance relative qu'ils accordent maintenant au travail. Brenda dit du travail : *«C'était toute ma vie, il est devenu une pointe de tarte dans ma vie»*. Pour Claire et Colette, les deux parlent maintenant des trois «huit » dans leur vie : huit heures de travail, huit heures de loisirs et huit heures de sommeil. Anne est bien déterminée à n'accepter du travail que s'il comporte des tâches et un horaire viable, qu'il soit dans la ligne d'aider les autres, qu'il lui rapporte à elle plus que de l'argent et qu'elle soit confortable dans sa relation au patron. Bernard reconnaît que le travail est maintenant *«très secondaire»* mais il a l'impression que c'était en train de le devenir avant sa dépression. Le changement le plus significatif dans sa perception du travail, il l'exprime ainsi : *«La relation humaine est beaucoup plus importante maintenant»*.

Un autre aspect de la vision du travail est la valorisation personnelle qu'il apporte : valorisation surtout par la compétence. Charles et Brigitte ont montré l'évolution qui s'était produite à ce sujet. Brigitte affirme qu'au début de sa carrière d'infirmière, son travail était beaucoup plus valorisant dû au fait que les soins donnés aux patients étaient mieux reconnus et appréciés par eux et par l'organisation. Aujourd'hui, elle a l'impression que tout leur est dû et que les conditions de pratique ne favorisent pas tant la relation au patient que le respect de consignes administratives strictes centrées uniquement sur la productivité.

Charles dit : *«Le travail pour moi est très important... Sur une échelle de dix, je le mettrais à huit... La valorisation vient par le travail, pas du salaire reçu»*. Et il ajoute qu'il préférerait avoir un emploi de technicien qui lui rapporterait trente mille dollars et être valorisé par ce travail que de recevoir soixante-quinze mille dollars dans le milieu où il est présentement.

Un deuxième aspect qui a changé, c'est l'investissement dans le travail. Ici, tout y passe : organisation du travail qui a changé (Brenda et Claire), réduction du temps supplémentaire (Brigitte et Bernard) diminution de participation aux différents comités (Brigitte et Claire) moins de temps à la maison consacré à l'emploi (Claire, Brenda, Colette et Charles), importance d'aimer son travail certes mais importance aussi d'associer plaisir et emploi ( Anne, Brigitte, Céline) et finalement, l'importance de l'autonomie professionnelle et d'une certaine liberté dans le travail (Anne, Bernard, Brigitte, Charles et Claude). Nous avons là une énumération impressionnante d'effets positifs occasionnés par un arrêt de travail forcé par un état dépressif.



Proposition :

L'arrêt de travail pour cause de dépression peut être l'occasion de modifier le rapport au travail. Elle permet de situer quelle valeur nous entendons accorder au travail et jusqu'où nous sommes prêts à nous investir dans notre emploi. Les aspects à surveiller demeurent la réalisation concrète des tâches et l'organisation du travail.

### 3.3.3 Le rapport aux proches : conjoint, enfants, amis

#### - Le rapport au conjoint

Autant les sujets ont déclaré à l'unanimité que le travail avait diminué d'importance à leurs yeux, autant ils affirment à l'unanimité que l'importance des relations aux proches s'est accentuée.

En ce qui concerne le conjoint, Anne parle en termes d'importance d'un conjoint respectueux, compréhensif et engagé émotivement. Brigitte est heureuse de fréquenter un «*chum*» plus attentionné, plus proche d'elle. Céline, presque prête pour une nouvelle relation de couple, cherche un conjoint aimé et aimant. Claude affirme des liens renforcés avec une épouse qui l'a soutenu tout ce temps. Et Bertrand rappelle l'importance d'investir dans la relation de couple. Donc épisode de leur vie qui a été pour eux une occasion de resituer leur relation de couple et de s'y investir davantage.

#### - Le rapport aux enfants

Tous les participants qui ont des enfants ont affirmé que la relation à ceux-ci s'était améliorée.

«La relation que j'ai avec mes enfants est bien différente d'avant. Ma manière que je les vois a changé. Avant cela j'étais le pourvoyeur.

J'amenais de l'argent à la maison. Je travaillais pour qu'ils soient bien matériellement. Maintenant, c'est complètement différent. Et je suis heureux de cela. Ma relation avec eux est plus profonde. Je reste leur père pareil mais je respecte plus mes enfants et ils me font voir plein de belles choses dans la vie. C'est vraiment merveilleux».  
( Bertrand)

Pour Bertrand, cette nouvelle relation se traduira principalement en passant plus de temps et en ayant plus de loisirs avec eux.

Même son de cloche pour Bernard :

«Ce qui a changé le plus, c'est mon rôle à la maison. Là, j'attache plus d'importance à la vie, à rencontrer les enfants. Ma blonde, elle, elle restait à la maison et moi j'essayais de faire rentrer l'argent pour que tout marche. Mais un moment donné, tu ne peux pas continuer comme cela tout seul. Tu ne peux pas juste rentrer l'argent à la maison. Il faut quelqu'un pour s'occuper des enfants».

Bernard est donc passé de pourvoyeur à père attentionné et proche de ses enfants.

Même phénomène pour Claude qui ne voyait pas grandir ses enfants. Il dit aujourd'hui l'importance d'être proche de ce qu'ils vivent et de les encourager dans leurs projets.

Donc on observe un impact positif de leur vécu sur la relation à leurs enfants.

#### - Le rapport aux amis

Pour tous également, la relation aux amis a pris de l'importance. Nous le comprendrons facilement après tout ce qui a été rapporté jusqu'ici sur le soutien manifesté par les amis. Brenda, Claire et Colette sont explicites sur ce point. En plus, Brenda, pour sa part, a observé que la relation à ses parents s'est améliorée. Le fait de sentir que ceux-ci se préoccupent de son état durant sa dépression a eu l'effet de la rapprocher d'eux, principalement de sa mère si

différente d'elle pourtant. Elle ne se sent plus obligée d'être ou de paraître la fille forte de son père qui lui, n'a jamais «flanché» au travail. Elle ajoute que sa relation aux étudiants a changé pour le mieux. Elle se sent plus proche d'eux, elle communique davantage avec eux et leur donne plus de renforcement positif qu'avant.

Donc, l'ensemble des relations aux proches s'est amélioré. L'arrêt de travail suite à la dépression a permis d'établir l'importance prioritaire des relations personnelles, conjoint, enfants et amis versus l'importance accordée au travail.

Concernant les impacts touchant l'échelle de valeurs, le sens à la vie et les rêves actuels des participants, nous retrouvons l'essentiel des données au Tableau VII à la page suivante. Parcourons-le avant d'en entreprendre l'analyse.

**Tableau VII Impacts observés par les participants suite à leur épisode dépressif :  
échelle de valeurs – sens à la vie - rêves**

Prénoms	Échelle de valeurs	Sens à la vie	Rêves
Anne	Plus grande attention à soi Travail devient secondaire	Avoir le droit d'être heureuse	Sérénité. Relation amoureuse Avoir un autre enfant. Travail qui lui convient
Bertrand	Valeur première : équilibre entre -vie personnelle-travail-loisirs Le travail passe au second rang	Sens à la vie par l'équilibre entre le corps et l'esprit La dépression est un temps d'arrêt pour réfléchir	Vie équilibrée
Brigitte	Valeur 1 : ses enfants Valeur 2 : son conjoint Valeur 3 : ses amies Valeur 4 : le travail Bénévolat	Liberté	Vie tranquille avec son conjoint dans une petite maison près d'un lac
Brenda	Importance de se rapprocher de ses besoins, d'être autonome L'argent devient moins important Les valeurs dans l'ordre sont : Conjoint, amies, travail.	Rien d'absolu dans la vie Conscience de l'importance du moment présent	Liberté totale définie : « faire ce que je veux, quand je veux et avec qui je veux » Voyager
Bernard	Le pourvoyeur a perdu de l'importance au profit du père plus proche de ses enfants	La vie a du sens en autant que tu la contrôles ( pouvoir sur sa vie)	Voyages et Liberté
Claire	Valeur no 1 : satisfaction de l'ensemble de ses besoins Le travail passe au second rang	Etre bien soi-même et donner aux autres	Vie mieux partagée entre loisirs-travail-sommeil
Charles	Le travail garde toute sa valeur comme source de valorisation personnelle. Souci de satisfaire ses besoins=nouveau	Être bien dans sa peau et compétent dans son travail	Retourner aux études pour augmenter sa culture personnelle
Céline	Valeur no 1 : soi-même et ensuite les relations humaines	La vie a du sens si elle peut demeurer active et vivre dans la joie.	Aimer et être aimé d'un homme qui serait accepté de ses enfants Avoir un chalet au bord de l'eau : chasse et pêche.
Colette	Importance de la santé mentale L'argent a perdu de la valeur	Le sens à la vie dépend de la qualité de nos relations humaines, dans la vie et au travail.	Préserver son nouveau bonheur Faire des conférences en milieu de travail sur le harcèlement.
Claude	Valeur première : sa conjointe et ses enfants Le travail demeure très important.	Goûter la beauté du « moment présent » avec les siens Dépression = événement qui l'a sauvé de la mort	Une bonne santé et retrouver un travail lui permettant de subvenir aux besoins de sa famille.

### 3.3.4 L'échelle de valeurs

Des changements si importants et significatifs concernant la perception du travail et la relation aux proches entraînent forcément une modification de l'échelle de valeurs. Comment les sujets présentent-ils cette transformation? Globalement, nous l'avons déjà dit, le travail perd de l'importance dans l'échelle des valeurs en faveur de l'importance de soi et de la relation aux proches.

Il s'est effectué un certain virage des valeurs, un déplacement d'accent. Si pour la majorité, le travail était souvent la valeur numéro un de leur vie et de leurs préoccupations, cette échelle de valeurs est maintenant inversée. La valeur numéro un, ce sont les personnes : conjoint, enfants et amis et la valeur numéro deux, c'est le travail.

Les participants en ont parlé en termes de changements, de transformations. Nous traduisons ce phénomène en terme de «passage». Si nous avons à résumer les principaux changements de chacun, nous aurons ce qui suit : Anne est passée de l'effacement à l'affirmation d'elle-même; Bertrand de pourvoyeur et dépendant affectif à homme libre qui s'assume davantage et père plus proche de ses enfants; Bernard est aussi passé de pourvoyeur à père attentionné; Brigitte est passée de la femme envahie par tout le monde autour d'elle à la femme plus attentive à ses besoins; Brenda se découvre une enseignante plus épanouie, dégagée et confiante en ses moyens en comparaison de l'enseignante anxieuse et super-structurée qu'elle était; Claire est passée de l'enseignante obsédée par le travail parfait à la femme célibataire responsable de satisfaire l'ensemble de ses besoins; Céline, la femme tournée vers les autres qui s'adapte à tous, est devenue plus respectueuse de ses besoins personnels; Colette s'est «guérie du travail»; Charles, le travailleur acharné et suppléant aux tâches des autres, patrons et collègues, est devenu un enseignant plus conscient de ses limites et de ses besoins personnels et enfin,

Claude, le workoolique typique, se voit maintenant comme un homme, un conjoint et un père. Ces passages peuvent paraître exagérés et idéalisés. Ils sont plutôt un reflet certes caricatural mais juste de leur nouvelle réalité.

Proposition :

Un épisode dépressif peut devenir une excellente occasion de réviser son échelle de valeurs en situant l'importance réservée à soi-même, aux autres et au travail.

### 3.3.5 Rêves et sens à la vie.

Cet arrêt de travail subit, période douloureuse de leur existence, est venu bousculer les rêves et le sens à la vie des dix participants. Restent-ils des rêves? Rêves anciens transformés? Rêves nouveaux?

Les termes les plus fréquemment utilisés pour traduire leurs rêves actuels sont : sérénité et liberté. Le bonheur prend les traits d'une vie sereine, équilibrée et plus libre, sous un toit paisible que l'on quitte occasionnellement pour un agréable voyage. Cette description n'a rien de vaporeux. Plus particulièrement, Anne songe à un autre enfant avec son nouveau conjoint. Bertrand poursuit sa quête d'équilibre corps-esprit. Bernard tient le même langage de vie équilibrée, de liberté et de voyages occasionnels bienfaisants.

Brigitte rêve d'une vie tranquille avec son chum dans une petite maison près d'un lac, elle pressent que cela doit ressembler à la retraite. Brenda dit avec humour qu'elle veut gagner le million pour avoir plus de liberté, c'est-à-dire «*Faire ce que je veux, quand je veux et avec qui je veux*». Elle traduit sa quête d'une vie où ses choix l'emportent sur les contraintes que lui apporte son existence. Céline, qui se découvre plus joyeuse, plus active qu'avant sa dépression, se souhaite un conjoint aimant, aimé de ses enfants avec qui elle

partagerait le reste de sa vie dans un chalet au bord de l'eau et agrémentée de périodes de chasse et de pêche. Charles souhaite le jour où il pourra retourner aux études simplement pour combler ses besoins d'une culture plus élargie. Claude, ayant longtemps rêvé d'une retraite parsemée de voyages en motorisé, a vu son rêve brisé par la perte de beaucoup d'argent engagé à la bourse. Il s'applique maintenant à goûter le moment présent et rêve d'une santé qui lui permettra de travailler et assurer à nouveau la sécurité familiale. Chacun sent bien que tous ces rêves restent bien fragiles. Plusieurs réalisent aussi l'importance de goûter le moment présent. Brenda le résume bien en disant qu'il n'y a rien d'absolu dans la vie, mais elle s'y sent plus solide qu'avant.

Proposition :

Après un épisode dépressif, les rêves sont de nouveau possibles. Ils se rapprochent des besoins ressentis et apparaissent, par le fait même, plus accessibles et réalisables.

### 3.3.6 Messages aux patrons et aux pairs

Après la première entrevue, nous avons réalisé qu'il serait intéressant de demander aux participants quel message ils aimeraient laisser à des patrons et quel message ils aimeraient partager à leurs pairs, considérant globalement leur expérience individuelle. Dans un premier temps, nous leur avons proposé de se mettre en situation de donner une conférence à des patrons et d'énoncer le message central de leur conférence. Dans un deuxième temps, nous leur demandions le même exercice, soit le message central d'une conférence à des pairs. Nous présentons à la page suivante, le tableau VIII qui reprend l'essentiel de ces messages avec les mots mêmes des participants.

**Tableau VIII Messages des participants aux patrons et aux pairs**

<b>Prénoms</b>	<b>Patrons</b>	<b>Pairs</b>
Anne	Soyez sensibles et à l'écoute de ce que vivent vos employés Faites les premiers pas dans la communication avec eux lorsqu'ils ont des difficultés.	Arrête de travailler, va voir ton médecin, prends ce temps-là pour toi, pour réfléchir et va te chercher de l'aide.
Bertrand	Parlez à vos employés et invitez-les à aller chercher de l'aide au besoin.	Vous pouvez compter sur moi pour vous écouter, uniquement vous écouter, pas pour des conseils qui suscitent souvent l'agressivité.
Brigitte	Considérez la valeur des personnes avant la gestion rentable	Pensez à vous en premier.
Brenda	Valorisez le personnel par une écoute authentique, rapprochez-vous de lui en sachant ce qu'il fait et éliminez les luttes de pouvoir.	Mettez tout en œuvre pour faire ce que vous aimez faire et dans l'enseignement, revenez à l'essentiel : l'étudiant.
Bernard	Traitez vos employés comme mes patrons m'ont traité.	C'est toi qui doit décider de t'en sortir.
Claire	Donnez à vos enseignants le soutien dont ils ont besoin.	Tu es la personne la plus importante, pense à toi.
Charles	Travaillez en équipe car comme gestionnaire responsable vous avez vous aussi quelque chose à fournir dans l'équipe.	Ne mettez pas votre compétence en doute, prenez le temps, d'analyser le milieu de travail et voir ce qui ne va pas, clarifiez vos tâches, vos responsabilités et celles de votre patron.
Céline	Soyez à l'écoute des employés.	Ne lâchez pas, il y a toujours des solutions quelque part, vous en sortirez grandes et fières.
Colette	Méfiez-vous du harcèlement au travail, il détruit les gens.	Méfiez-vous des gens qui se mêlent des affaires des autres pour pouvoir mieux les détruire par la suite.
Claude	Occupez-vous de vous .	Occupez-vous de vous.



Les messages livrés à l'assemblée de patrons, reflètent évidemment et résument parfaitement ce qu'ils ont eux-mêmes réellement reçu ou auraient souhaité recevoir de leur patron. Les messages aux employés reflètent aussi les aspects les plus importants à considérer pour maintenir ou rétablir la santé mentale. Voyons ces messages de plus près.

Les messages aux patrons sont traduits dans les termes suivants :

- Être sensible et à l'écoute de ce que vivent les employés (Anne, Brenda et Céline).;
- Parler aux employés, faire les premiers pas dans la communication avec eux lorsqu'il ont des difficultés. Donner le soutien dont ils ont besoin et les inviter à aller se chercher de l'aide si nécessaire (Anne et Bertrand);
- Écoute authentique, connaître ce que les employés font, se rapprocher d'eux, les valoriser et éliminer les luttes de pouvoir. *«Mieux ils le feront, mieux les étudiants vont réussir»*(Brenda);
- Revenir aux valeurs humaines plus que gérer des budgets et ne chercher que la rentabilité (Brigitte);
- Se méfier du harcèlement à l'emploi, il détruit les personnes (Colette);
- S'engager dans l'équipe de travail : *«Dans le travail, dans la gestion des personnes, il faut être capable de travailler en équipe»* et pour un patron, cela veut dire *«moi aussi j'ai quelque chose à fournir dans l'équipe comme responsable, comme directeur de l'équipe»* (Charles);
- Traiter les employés comme mon patron m'a traité, en respectant mon cheminement, mes décisions (Bernard);
- *«Occupez-vous de vous, ce que je n'ai jamais fait»* (Claude).

Nous avons là un beau programme d'actions pour les patrons et les gestionnaires en fonction. L'importance de la communication est primordiale.

Les messages aux employés qui vivent des difficultés de santé mentale sont traduits en termes de :

- Penser à soi en premier (Brigitte et Claire);
- Aller chercher une oreille attentive, de l'aide professionnelle d'un médecin ou d'un travailleur social (Anne et Bertrand);
- Se méfier des personnes qui vous écoutent pour se fabriquer des armes pour vous détruire (Colette);
- S'investir pour s'en sortir (Bernard, et Céline);
- Tout mettre en œuvre pour faire un travail que nous aimons et revenir à l'essentiel dans le travail : l'étudiant ( Brenda);
- Ne pas lâcher, persévérer (Céline);
- Analyser ce qui ne fonctionne pas dans votre emploi, clarifier les tâches des employés et celles des patrons (Charles);
- S'occuper de soi, de sa santé (Claude).

«Pis pas juste la santé. Occupez-vous des choses importantes autour de vous autres. Vos enfants, ta femme, tes amis. D'aider les autres. Prendre le temps. Prendre le temps des petits moments précieux de ta vie que tu n'as jamais vu passer ». (Claude)

Cette fois, nous avons un beau programme de vie pour maintenir une bonne santé mentale.

Propositions :

Les patrons peuvent contribuer à une meilleure santé mentale des travailleurs et prévenir l'apparition d'un état dépressif principalement en se mettant à l'écoute de ceux-ci et en tenant compte d'eux dans l'organisation du travail.

Les travailleurs en arrêt de travail pour cause de dépression ont une belle occasion de se recentrer sur leurs besoins, de s'occuper d'eux-mêmes, et de trouver les améliorations à apporter à l'organisation de leur travail.

## **4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS, PERSPECTIVES, CONCLUSION**

Ce dernier chapitre servira à présenter une synthèse des résultats de cette recherche. Nous formulerons aussi quelques perspectives qui se dégagent des résultats et qui sont pertinentes pour l'intervention en relation d'aide, la gestion d'employés et pour d'éventuelles recherches. Enfin, nous présenterons la conclusion de l'ensemble de notre mémoire.

### **4.1 Synthèse des résultats**

Nous reprenons ici une synthèse des principaux résultats à partir des trois temps que nous nous étions donnés pour structurer les entrevues.

#### **Temps 1 : Le cheminement vers l'état dépressif**

Concernant la période avant l'état dépressif, tout se résume dans ce premier constat : tous bénéficient d'un réseau social supportant et effectuent un travail qu'ils ont choisi et dont ils sont satisfaits.

Deuxième constat : dans l'ensemble, les participants ont traduit le processus qui les a conduits à un état dépressif comme un processus évolutif multifactoriel. Nous pouvons préciser que les facteurs explicatifs de leur dépression furent avant tout des facteurs à caractère psychosocial. Les symptômes, physiques, cognitifs et relationnels qui apparurent, furent les signes d'un état dépressif déjà en place. Ce qui nous permet d'affirmer que si le modèle médical a son utilité pour diagnostiquer un état dépressif, les modèles qui considèrent la personne humaine dans sa globalité : nous pensons ici aux modèles holistique, humaniste et écologique, s'avèrent mieux positionnés pour expliquer l'expérience subjective des individus. Certes, les règles qui régissent le monde du travail conservent au diagnostic médical le pouvoir de reconnaître l'arrêt de travail avec

application de l'assurance emploi. Nous sommes en droit de demander qu'est-ce qui empêche de reconnaître à d'autres professionnels que les médecins le pouvoir de recommander un arrêt de travail reconnu par les systèmes d'assurance-salaire? Comme la santé mentale, et par conséquent la dépression, touche les trois dimensions de la personne, biologique, psychosociale et environnementale, peut-être éviterions-nous des épuisements professionnels et des dépressions.

## Temps 2 : l'état dépressif

Troisième constat : la littérature avait présenté l'autonomie décisionnelle et une charge mentale acceptable comme des facteurs de protection de la santé mentale. Il se dégage de notre recherche que c'est surtout la surcharge mentale qui a généré une détérioration de la santé mentale des participants, car la plupart jouissait d'une bonne autonomie dans la réalisation de leurs tâches mais c'est la surcharge mentale qui a provoqué le déséquilibre.

Quatrième constat : le soutien social à l'emploi et dans la vie personnelle a été précieux aux participants pour se sortir de la dépression et pouvoir réintégrer leur emploi avec satisfaction. Il faut reconnaître que ce même soutien social n'a pas pu empêcher l'apparition de l'état dépressif. Toutefois, nous avons observé dans quelques situations que si on avait accordé un soutien social à l'emploi adéquat, les personnes n'auraient pas eu à vivre cet épisode si pénible de leur vie. Certes, nous ne le dirons jamais assez, et notre recherche est concluante sur ce point, l'importance du soutien social procuré par la famille et les amis est primordial. Pour traverser la souffrance d'une dépression qui isole et fait miroiter le suicide comme la solution de soulagement, rien ne peut remplacer les liens affectifs reçus du conjoint, des enfants et des amis. Un tel soutien apporte le réconfort et l'énergie nécessaires pour continuer à avancer. Est-ce dire que ce seul type de soutien est suffisant? Les résultats de cette recherche ne nous

permettent pas de répondre affirmativement à cette question. Ce que les participants reconnaissent c'est que oui, ils ont tous bénéficié de ce type de soutien mais en même temps, ils affirment que le soutien d'un professionnel en relation d'aide a été nécessaire à leur rétablissement. Il nous faut donc avancer que lors d'un épisode dépressif, l'aide d'un professionnel peut s'avérer très important pour sortir de cet état et reprendre ses activités quotidiennes incluant ses activités à l'emploi.

Karasek (1990) et Holmes (2001) soulignent à juste titre qu'il serait dangereux de croire qu'il suffit de rendre accessible un Programme d'Aide aux Employés pour régler tous les problèmes de santé mentale dans une entreprise. Ce serait affirmer que la responsabilité de la santé mentale des travailleurs repose sur les seules épaules de ceux-ci. Si les PAE sont utiles, la prévention qu'apporte une saine organisation du travail est nécessaire. Certes, les participants ne se sont pas attardés longuement sur les possibilités de changer les structures ou de modifier le systèmes de valeurs et les liens de pouvoir dans leur milieu de travail. Plusieurs ont fait référence à ces réalités en souhaitant que ça change dans leur organisation mais en avouant implicitement leur impuissance à la faire évoluer et l'inertie de la direction à ce sujet. De toute façon, dans leur souhait unanime à ce que le travail devienne pour eux une source de plaisir, il y a d'inscrit le désir d'une organisation plus humaine et sur laquelle ils aimeraient bien avoir plus de pouvoir.

Cinquième constat : tous les participants ont utilisé des stratégies de défense et des stratégies de dégagement. Les résultats rapportés montrent que les stratégies de défense ont leur utilité à court terme pour survivre mais ne peuvent pas éviter l'épuisement à long terme. Les stratégies de dégagement semblent plus efficaces car elles permettent aux individus de conserver une image positive d'eux-mêmes et de contribuer à satisfaire leurs besoins et leurs attentes au travail et dans la vie. Nous avons observé aussi chez ceux qui ont utilisé ce

type de stratégies, que même si on n'a pas répondu à leurs demandes légitimes, au moins leur image d'eux-mêmes a été préservée et au lieu de se culpabiliser, ils ont été en mesure d'identifier les manques liés aux organisations comme facteur de détérioration de leur santé.

### Temps 3 : La vie après l'état dépressif

Sixième constat : à l'occasion de cet épisode dépressif, tous les participants, même ceux qui appréciaient tous les aspects de leur emploi, ont modifié leur vision du travail et la place de celui-ci dans leur échelle de valeurs. La fonction économique du travail est demeurée la même mais l'importance donnée au travail comme fonction de valorisation personnelle et d'intégration sociale a diminué. Les participants, après leur dépression, trouvent toujours important d'être compétents dans leur travail mais la source première de valorisation personnelle n'est pas à ce niveau. L'importance de soi-même et des relations personnelles positives prennent le devant. Nous résumerions l'évolution comme ceci : si, auparavant, le travail conditionnait leur vie, énergie, temps et préoccupations, maintenant, ils veulent reprendre du contrôle dans leur milieu de travail : contrôle sur leurs tâches et sur l'organisation même du travail.

Septième constat : à l'occasion de leur dépression, les participants ont découvert l'importance de s'occuper d'eux-mêmes comme personne humaine avec des besoins et des aspirations propres. En redécouvrant l'importance du pouvoir sur leur vie, ils donnent une place primordiale à leurs relations humaines en partant des plus intimes soit conjoint, enfants et amis. Voilà, en résumé, ce qui nous paraît être les grands traits de cette recherche.

## 4.2 Perspectives de la recherche

À partir de ce vécu des participants, du sens qu'ils ont donné à ce vécu subjectif, des changements dans leur vie attribués à ce vécu, nous pouvons en extraire quelques perspectives ou pistes de réflexion et d'action qui pourraient être utiles dans certains secteurs d'activités. Nous avons identifié trois secteurs qui pourraient bénéficier de ce regard que porte les participants sur leur propre expérience : le secteur de l'intervention professionnelle en relation d'aide, le secteur de la gestion et le secteur de la recherche.

### 4.2.1 Perspectives pour l'intervention

Les résultats de cette recherche présentent des perspectives intéressantes pour l'intervention professionnelle auprès de personnes dépressives ou vivant des difficultés semblables qui perturbent à la fois leur vie personnelle et professionnelle. Car en mettant l'accent sur la perception même des individus sur leur vie, les participants nous ont livré non seulement leur vision de l'aide professionnelle reçue mais aussi de ce qu'elle doit être à leur avis. Perspective en ce sens que l'intervention a avantage à se rapprocher le plus possible du vécu réel «perçu» par le client. Il s'agit alors pour l'intervenant de tenir compte davantage de la perception, de la vision et du discours du client sur sa situation, avant même de consulter les théories explicatives de la problématique rencontrée. La perception du client devient même plus importante que les faits car c'est elle qui permet de mieux comprendre le client, ses valeurs et ses priorités. De plus, toute personne étant unique, les réactions aux mêmes réalités, au même environnement de travail, seront parfois différentes de l'une à l'autre. D'où l'importance dans l'intervention, de considérer toute personne humaine, et cette recherche l'illustre à plusieurs points de vue, comme influencée par son environnement mais capable aussi de réagir et de chercher à rester maître de son évolution. Ce que Blais (1997) exprime en parlant de

personnes en contexte de pauvreté s'applique tout autant aux personnes vivant des problèmes de santé mentale :

«La question de la santé mentale se trouve alors déplacée; elle n'est plus centrée sur l'individu, mais sur la manière dont s'opère la rencontre entre lui et son milieu (Corin, Grunberf, Séguin-Tremblay & Tessier, 1985), sur les dynamiques socioculturelles qui infléchissent son lien à l'autre, proche ou lointain. Mais s'il est vrai que l'individu contrôle peu de choses, il demeure un être agissant disposant d'une capacité d'arbitrage qui lui est propre. Il est un acteur intentionnel, capable d'exprimer consciemment des connaissances, des valeurs, des jugements et des projets (Lévy, 1995, pp 25-31). Ce recadrage dans la manière d'aborder les questions de santé mentale en milieu de pauvreté en réintroduisant l'acteur et en essayant de se mettre de son point de vue, peut être fécond pour repenser des politiques et des pratiques d'intervention qui soient mieux arrimées aux réalités : autrement dit, plus solidaires des individus et des communautés que les crises actuelles fragilisent».

Suite à cette recherche, nous pouvons considérer que l'intervention, quelle que soit l'approche utilisée, se doit de toujours partir du client et demeurer centrée sur le scénario de vie qu'il veut se donner lui-même car même souffrant, il est et demeure un être capable d'avancer et de changer des choses dans sa vie. Cette recherche rappelle que les clients sont les experts de leur vie, les spécialistes de la signification qu'ils donnent à leur vie et les maîtres de leur évolution. L'intervention apparaît comme un moyen privilégié, une occasion pour le client de choisir le chemin qu'il veut prendre pour l'instant. Le client choisit qui il veut devenir.

Il s'agit pour le professionnel de mettre toute sa compétence, ses outils professionnels, au service du client. Notre recherche montre bien l'importance pour celui-ci de permettre au client de vivre et d'exprimer sa souffrance et de toujours le considérer comme une personne temporairement dépressive. Importance aussi d'aider le client à se comprendre, à situer sa détresse et ses



perturbations dans les étapes nécessaires au rétablissement plus ou moins long dans le temps. Importance d'alimenter ou faire naître l'espoir d'un mieux être. Importance enfin, d'aider le client à réorganiser des choses dans sa vie et au travail en vue d'un scénario de vie plus satisfaisant. Cette recherche n'a pas la prétention de nous apprendre des choses nouvelles sur la nature ou les conditions d'efficacité de la relation d'aide professionnelle. Elle affirme avec force certains éléments du processus d'aide, non pas d'un point de vue théorique mais à partir du témoignage des participants eux-mêmes.

Ceci étant dit, il est impératif pour tout intervenant d'examiner avec le client, les facteurs liés à l'environnement et à l'organisation du travail qui peuvent expliquer les difficultés ou problèmes de santé mentale vécus. Ce travail en intervention comporte un double avantage : celui d'avoir un effet de déculpabilisation pour le client en refusant ainsi d'attribuer ses problèmes à son manque d'adaptation et celui d'envisager la possibilité de modifier l'organisation du travail en prenant des moyens réalistes et réalisables pour le faire. On peut comprendre qu'un travailleur en dépression n'ait plus cette vision sociale et politique plus large sur sa réalité mais l'intervenant, lui, ne peut s'en dispenser et doit y faire appel au moment propice du processus d'intervention.

#### 4.2.2 Perspectives pour la gestion

Après tout ce qui a été dit et rapporté jusqu'ici sur les milieux de travail, sur les supérieurs immédiats et sur l'environnement au travail, certaines indications peuvent servir de pistes pour les gestionnaires soucieux de procurer aux employés un environnement de travail favorable au maintien de leur santé mentale. Certaines pistes aussi peuvent se dégager pour les travailleurs eux-mêmes qui, de par leur implication à l'emploi, participent à l'amélioration de leur environnement. Rappelons avec Carpentier-Roy (1995) :

«Les trois vecteurs qui interviennent dans tous les milieux de travail professionnel, semi-professionnel, spécialisé, ou non qualifié comme éléments cardinaux de santé mentale sont des vecteurs qui structurent la charge psychique du travail. Il s'agit de la reconnaissance, de l'autonomie réelle et du pouvoir sur l'acte de travail qui en est le corollaire».

Il est clair que : «*La reconnaissance du travail constitue un élément essentiel à l'équilibre psychologique d'une personne*» (Saint-Arnaud, 1993). D'où l'importance pour le gestionnaire d'être vigilant dans l'expression d'une reconnaissance qui dépasse la tape dans le dos et s'attache à l'être du travailleur et à sa contribution dans l'organisation. Cette recherche a surtout mis en lumière l'importance pour les employés de recevoir de leur supérieur immédiat la reconnaissance pour leur réelle production. Mais ce devoir de reconnaissance n'est pas un devoir réservé aux employeurs. Ce type d'appréciation par les collègues a aussi un impact de protection de la santé mentale. Elle souligne à la fois la qualité de ce que l'employé fait et de ce qu'il est dans l'entreprise.

«Cette reconnaissance par des pairs crédibles constitue un gage de la contribution de l'individu à la construction d'une œuvre commune et à une création socialement utile. En ce sens, elle est un élément déterminant de l'accomplissement de soi et de la construction de l'identité d'une personne... À l'opposé, le désaveu ou la non-reconnaissance par autrui de la réalité du travail d'une personne peut être source de souffrance mentale importante. Cette situation, si elle est maintenue, peut amener le sujet soit à douter de lui-même et de son identité, ce qui entraîne une perte d'estime de soi et peut conduire à la dépression...». (Carpentier-Roy, 1997)

Une bonne façon pour le gestionnaire d'exprimer sa reconnaissance envers les employés est de favoriser leur autonomie professionnelle et la latitude dans la réalisation de leurs tâches quotidiennes. Les participants ont été clairs sur ce

point : rien de plus stimulant pour eux que de pouvoir mettre à profit leur compétence devant des problèmes apparemment insolubles mais qui deviennent des défis stimulants. La recherche a également montré qu'il est malsain pour les supérieurs de déverser une multitude de tâches dans la cour de l'employé sans aucune directive même en faisant appel à leur compétence. Carpentier-Roy (1997) écrit à ce sujet :

«Il importe de souligner qu'une organisation du travail qui permet à l'individu d'exercer un contrôle sur le déroulement et la méthode de travail n'implique pas pour autant que le travail soit exempt de prescription. En effet, pour que le travailleur puisse faire valoir son savoir-faire, il faut que lui soit précisé ce qu'on attend de lui, de même que la nature et l'importance des ressources disponibles. L'«autonomie décisionnelle» n'est donc pas synonyme d'une approche du genre "démerdez-vous" avec ce travail, ce qui signifie souvent une méconnaissance par le supérieur hiérarchique de la complexité d'un problème et des difficultés à atteindre l'objectif fixé, compte tenu des ressources disponibles ou du temps alloué».

D'où l'importance pour le gestionnaire d'assurer un encadrement au travail qui respecte l'autonomie professionnelle des employés. À ce chapitre de la charge au travail versus l'autonomie décisionnelle, deux pièges sont à éviter : un premier serait un mauvais dosage de la charge de travail et un deuxième consisterait en un manque d'encadrement du travail de la part du supérieur immédiat. Concernant la charge de travail, Saint-Arnaud (1993) explique :

«Il est important de noter qu'une forte demande de travail ne nuit pas nécessairement à la santé d'une personne, elle pourra au contraire l'aider à développer ses aptitudes si elle se situe dans le cadre de certaines limites et si l'organisation du travail met suffisamment d'autonomie décisionnelle».

Le manque d'encadrement peut aussi avoir des conséquences néfastes sur le rendement des employés et sur la gestion du travail.

«Quand dans une entreprise, l'organisation prescrite du travail fait preuve d'une trop grande passivité, il n'est pas rare de voir émerger une organisation du travail officieuse dotée de son propre système de règles et de répartition du pouvoir». (Saint-Arnaud, 1993)

De plus, la surcharge mentale quantitative et qualitative qu'ont vécue plusieurs participants à leur emploi vient servir un sérieux avertissement aux gestionnaires : vous pouvez en demander beaucoup aux employés pourvu que la performance que vous exigez d'eux ne vienne pas minimalement annihiler le sens qu'ils donnent à leur travail. Quand l'employé réclame des orientations à son organisation, c'est ce qu'il demande. Quand un employé demande des délais raisonnables dans la réalisation de certaines tâches, c'est ce qu'il demande. Sous ces demandes, il y a un appel au respect de soi et à la préservation du sens à son travail. Nous sommes d'accord avec Carpentier-Roy (1995) quand il écrit :

«Le danger le plus évident observé dans plusieurs milieux de travail réside dans l'aliénation, et alors la performance au travail remplace le sens du travail; ce n'est plus la quête du sens, mais celle de la performance par laquelle le sens adviendra! Mais ce qui advient trop souvent, c'est la perte de son identité, et du même coup, la perte du sens qui conduit ou à l'aliénation... ou à la dérive vers différentes formes de pathologies (détresse psychologique, épuisement professionnel, somatisation, etc.)».

Le gestionnaire, soucieux de la santé mentale des employés, sera donc attentif à apporter les mesures adéquates de soutien à l'emploi, dont principalement la reconnaissance. Il se doit de favoriser l'autonomie des travailleurs et faire appel à leur créativité. Les conclusions de cette recherche rencontrent tout à fait les propos de Larivière et Bernier ( 1997) à ce sujet :

«Le concept de soutien organisationnel, étrangement négligé

jusqu'ici, pourrait être défini comme l'ensemble des mesures qu'une organisation et ses gestionnaires adoptent pour soutenir chacun des employés dans l'exercice de sa tâche et l'aider à surmonter les difficultés d'adaptation professionnelle et personnelle. Il s'actualise concrètement par la mise en place de mesures qui correspondent à la reconnaissance des besoins particuliers comme la valorisation des ressources humaines, l'aide à l'exécution de la tâche, le maintien de la compétence et l'aide à l'exercice des rôles».

Les gestionnaires ont aussi la responsabilité de faire évoluer pour le mieux l'organisation du travail et d'y impliquer les employés. Vézina a bien raison d'écrire :

«Il est peu réaliste de vouloir définir les paramètres d'une forme d'organisation du travail comme s'il s'agissait d'un «état» objectif et stable, gouverné par des lois universelles de causalité, alors qu'il s'agit davantage d'un «processus» qui évolue notamment en fonction de l'évolution des rapports sociaux et du personnel qui compose l'organisation». (Vézina, 1996)

Cela signifie que pour améliorer l'organisation du travail, ils peuvent aussi bien mettre le personnel à contribution que de faire appel à des experts externes dont les plans d'amélioration risquent souvent d'être moins bien adaptés au vécu dans l'établissement. À ce sujet, les participants s'entendent pour dire que bien souvent, ce ne sont pas les grandes orientations poursuivies ni même les objectifs visés comme l'obligation de résultats, l'efficacité et l'efficience, qui font problème mais la façon dont ces objectifs sont traduits concrètement dans l'organisation du travail. Un exemple en santé : l'objectif d'humanisation des services est acheté par tous, gestionnaires et employés. Par contre, les participants mentionnent que les exigences de leur travail amènent plutôt une déshumanisation des services. Aussi, notre recherche nous permet d'inviter les gestionnaires à plus de vigilance sur ce point pour que les missions et grandes orientations de l'établissement ou de l'entreprise soient traduites dans des politiques, règles et procédures cohérentes. Nous sommes conscients des

contraintes que même les organisations rencontrent comme les contraintes budgétaires ou l'obligation d'être compétitif sur le marché mondial pour une entreprise. Même si personne n'est tenu à l'impossible, il reste à identifier comment on peut tendre à une organisation du travail qui facilite la réalisation de la mission tout en favorisant le développement du personnel qui y travaille.

Par ailleurs, si le gestionnaire se doit d'être à l'écoute des employés, encore faut-il que ceux-ci parlent et s'expriment. C'est pourquoi cette recherche représente également une invitation pressante aux employés à développer principalement des stratégies de dégagement pour préserver leur santé mentale. Ils ont intérêt à exprimer leurs besoins et leurs attentes, à dénoncer ce qui leur apparaît inacceptable, à revendiquer l'autonomie professionnelle et à exercer positivement cette autonomie. Ceux-ci peuvent prendre l'initiative de demander des mesures d'accommodation à leur emploi pour prévenir une détérioration de leur santé mentale. Devant de nouvelles tâches à accomplir, ils peuvent demander d'avoir accès à des outils de travail ou des activités de formation qui faciliteront l'exercice de leurs fonctions. Ils peuvent également par la voie syndicale ou de leur équipe de travail susciter l'amélioration de l'organisation du travail. Cela suppose évidemment un climat de confiance mutuelle entre les gestionnaires et les employés, confiance qui se donne et se construit au quotidien. Ce faisant, cette recherche leur prédit qu'ils seront plus satisfaits d'eux-mêmes et de leur travail et qu'ils auront une meilleure garantie de maintenir une bonne santé mentale.

#### 4.2.3 Perspectives pour la recherche

Avoir en tête de poursuivre nos études jusqu'au doctorat, la tentation serait forte d'envisager une deuxième étape à cette recherche qui consisterait à vérifier la trajectoire de vie de ces mêmes participants dans les cinq prochaines années.

Ici, nous nous sommes attardés à comprendre le processus qui a conduit ces personnes à un état dépressif, leur perception de leur dépression elle-même, leur perception de leur travail et les différents impacts de ce vécu à l'intérieur d'une période ne dépassant pas dix-huit mois après leur dépression. Il serait très intéressant de voir dans cinq ans ce que sont devenus les changements observés aujourd'hui. Se sont-ils consolidés? Est-ce qu'il y a eu marche arrière? Que diront ces participants dans cinq ans de cet épisode dépressif? Auront-ils continué à privilégier leur bien-être et à subordonner leur travail à leur épanouissement personnel? Que sera devenue leur vision du travail? Comment auront-ils réagi aux nouvelles difficultés rencontrées à leur emploi? Leur évolution sera-t-elle en continuité avec ce qui vient de naître dans leur vie? Y aura-t-il eu des ajustements? Lesquels? Autant de questions qui donnent le goût de poursuivre cette recherche ou d'entreprendre une nouvelle étude longitudinale sur cinq ans à partir de paramètres semblables à celle-ci avec cinq ou six participants.

Nous voyons une autre avenue possible suite à cette recherche. Ici, tous les participants ont bénéficié d'un soutien social personnel et d'un soutien professionnel. Tous d'ailleurs ont admis pour eux-mêmes le bienfait de ce recours à l'aide professionnelle et ils le recommandent à tous ceux qui vivent des difficultés semblables. Il pourrait être intéressant de faire une recherche semblable à celle-ci avec la même méthodologie les mêmes critères de sélection mais en choisissant des personnes qui ont bénéficié uniquement du soutien social de leurs familles et amis sans l'aide d'un professionnel. Nous serions curieux d'en comparer les résultats. Nous pourrions mieux connaître l'importance relative accordée à l'aide professionnelle pour des personnes qui vivent ce type de problèmes de santé mentale.

Les possibilités de recherches ultérieures sont multiples, les chercheurs se font peut-être plus rares. Le développement de la connaissance du champ en santé

mentale continue de dépendre en grande partie du domaine de la recherche.

### 4.3 Conclusion

Sur la base de la problématique établie au début grâce à la recension d'écrits, nous avons précisé les différents concepts concernés : la santé mentale, la dépression, la réalité du travail dans le contexte social actuel. Il appert que notre recherche jette une lumière nouvelle sur ces réalités que la littérature tente de décrire et d'expliquer avec toujours plus d'exactitude. Cet éclairage nouveau nous a permis de mieux comprendre différents processus qui ont conduit des personnes à un état dépressif les obligeant à quitter leur emploi. Il nous a permis aussi de saisir plus intimement le vécu subjectif de ces personnes, leur vécu à l'emploi, leurs perceptions des facteurs ayant contribué à la détérioration comme au rétablissement de leur santé mentale.

Notre option d'un type de recherche qualitatif avec les choix retenus, à savoir un échantillonnage restreint, la réalisation d'entrevues semi-dirigées et la priorité donnée à la perception des individus eux-mêmes sur leur vécu, s'est avérée appropriée aux objectifs que nous nous étions fixés. Cette approche méthodologique, nous le soulignons à nouveau en reprenant les termes de Blais, se rapproche de :

«La «théorie ancrée» pour emprunter un terme proposé par Paillé (1994). Ce courant de recherche se caractérise par l'importance qu'il attribue à l'expérience subjective des gens plutôt qu'à leurs comportements; il s'intéresse au sens que les gens y donnent ainsi qu'au contexte socioculturel sous-jacent aux réalités qu'ils décrivent (Patton, 1990). Dans cette perspective, la taille de l'échantillonnage perd de son importance; on ne cherche pas à généraliser des données à l'ensemble d'une population mais plutôt à voir, à travers des voix individuelles, ce qui se dit sur le champ social (Bertaux-Wiamé, 1986)». (Blais, 1997)



Les changements significatifs qui ont été observés ciblent à la fois la croissance personnelle des individus et la personnalité des milieux de travail. Concernant le développement personnel, nous pensons principalement à l'image de soi devenue plus positive chez les participants et la primauté donnée aux relations interpersonnelles avec les intimes : conjoint, enfants et amis. Concernant le monde du travail, les participants ont tous modifié leur rapport au travail. Le travail a conservé sa fonction économique et est demeuré un lieu privilégié de réalisation de soi mais il a perdu son caractère envahissant. Changements donc non seulement au travail mais dans l'ensemble de leur vie qui prend un nouveau sens.

Évidemment, ces perceptions en lien avec le travail lancent une invitation aux gestionnaires et aux employés, invitation à la vigilance quant à la charge mentale acceptable pour eux dans leur emploi. Invitation aussi au témoignage de reconnaissance qui vient sécuriser et gratifier l'employé pour ce qu'il est et ce qu'il fait dans une organisation. Une telle reconnaissance alimente la motivation à l'emploi et devient un facteur important pour prévenir l'épuisement professionnel et la dépression.

Nous reconnaissons que les limites de cette étude sont principalement liées à notre inexpérience en recherche. Nous croyons cependant que la qualité des informations recueillies auprès des participants et l'analyse que nous en avons fait compensent et valident les résultats identifiés.

Nous sortons de cette recherche avec une meilleure connaissance et maîtrise du processus de recherche du moins en recherche qualitative. Notre sensibilité à l'importance de préserver la santé des employés s'est consolidée. Nous sommes convaincus que la santé des travailleurs à l'emploi dépend en grande

partie de la qualité de l'environnement au travail, de la marge de manœuvre nécessaire à tout employé dans l'accomplissement de ses tâches tout en évitant la surcharge ou sous-charge mentale au travail et du soutien réel manifesté par le supérieur immédiat, les collègues et l'équipe de travail. Le maintien de la santé mentale des individus et des populations posent un défi à tous. Cette responsabilité ne peut pas reposer uniquement sur les efforts des individus et des groupes. Dans la société comme dans le monde du travail, les structures ont des impacts directs sur la santé. Carpentier-Roy (1995) note à propos:

«Le défi du monde du travail du 21<sup>ième</sup> siècle sera celui de trouver un compromis entre santé et productivité... Cela suppose écoute, parole partagée, recherche commune du sens du travail».

Les conclusions de cette étude invitent tous les travailleurs, patrons et employés, à collaborer à se donner la meilleure organisation de travail possible et à rechercher un équilibre entre leur vie personnelle et leur engagement au travail, conditions essentielles à un certain épanouissement et au maintien de leur santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abenhaim, L.L. (1995). Travail et santé : dialectique d'un rapport social. Dans J. Dufresne, F. Dumont et Y Martin (Dir.), *Traité d'anthropologie médicale* (p. 763-779). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Amiel, R. (1980). Équilibre mental, fatigue psychique et vocation enseignante. *Équilibre ou fatigue par le travail? Intervention aux Journées nationales de Psychologie du Travail*. Paris : Editions E.S.F.
- Association canadienne pour la santé mentale. (1999). *Fais ton p'tit bonheur de chemin*. Semaine nationale de la santé mentale.
- Aznar, G-N. (1980). Travail et société à l'horizon 2000. *Équilibre ou fatigue par le travail? Intervention aux Journées nationales de Psychologie du travail*. Paris : Éditions E.S.F.
- Bachelor, A et JOSHI, P, (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bibeau, G., Sabatier, C., Corin, E., Tousignant, M. et Saucier, J-F. (1989). La recherche anglo-saxonne en santé mentale : tendances, limites et impasses. *Santé mentale au Québec*, 16, 1, 103-120.
- Blais, L. (1997). La question de la santé mentale en milieu de pauvreté, masque ou vitrine du pouvoir et de l'oppression? *Revue Canadienne de santé mentale communautaire*. 16, 1, 5-22.

Boisvert, R. et Lemire, L. (1989). Une analyse du milieu en santé mentale; problématique et éléments de méthodologie. *Santé mentale au Québec*, 16, 2, 215-227.

Bozzini, L. et Tessier, R. (1995). Support social et santé. Dans J. Dufresne et al. (Dir.), *Traité d'anthropologie médicale* (p. 905-939). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Brun, J-P. (1996). Impacts de la réorganisation du travail sur les personnes. Dans *Santé mentale au travail, par où commencer? Ateliers de formation organisés par l'Équipe de recherche sur les Impacts sociaux et psychologiques du travail* (Beauport, 1996) (p. 213-221).

Burnonville, F. (1999). Détresse psychologique au travail, syndrome du survivant et usure mentale. Le travail social en entreprise. *Intervention. Revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*.

Carpentier-Roy, M-C. (1994). Santé mentale et travail. Avantages et limites de la psychodynamique du travail. *Actes du colloque : Les Aspects sociaux et psychologiques de l'organisation du travail, (UQAM, 17mai 1994)* (p.13-27).

Carpentier-Roy, M-C. (1995). Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, 20, 2, 119-138.

Carpentier-Roy, M-C. (1995). «Postface», *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*, (p. 167-183). Montréal : Liber.

Chavrot, L. (1980). Conditions de travail et fatigue. Équilibre ou fatigue par le travail? Intervention aux Journées nationales de Psychologie du travail. Paris: Éditions E.S.F.

Comité de la santé mentale du Québec. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*. Gaétan Morin, éditeur.

Conseil du statut de la femme. (1997). *Le travail est-ce toujours la santé?* Québec : Conseil du statut de la femme.

Corin, E. (1995). La santé : nouvelles conceptions, nouvelles images. Dans J. Dufresne et al. (Dir.), *Traité d'anthropologie médicale* (p. 45-74). Québec : Presses de l'Université du Québec.

✓ De Gaulejac, V. et Taboada, L. (1994). *La lutte des places*. Paris : Desclée de Brouwer.

Dejours, C. (1980). La charge psychique du travail. *Equilibre ou fatigue par le travail? Intervention aux Journées nationales de Psychologie du travail*. Paris: Editions E.S.F.

Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative*. Guide pratique. Montréal : McGraw-Hill.

Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche. Comprendre en retournant au vécu de l'expérience*. Montréal: Guérin.

Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42, 2, 7-27.

Dormann, C. et Zapf, D. (2002). Social stressors at work, irritation, and depressive symptoms : Accounting for unmeasured third variables in a multi-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 33-58.

Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39, 2, 44-58.

DSM IV (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4<sup>e</sup> édition. Paris : Masson.

Evans, O. et Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male-and female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, 54, 481-492.

Fecteau, D. (1999). Le "burnout" ou les attentes déçues. *Intervention, Revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, 109, 7-17.

Fortin, D. (1983). *Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale*, Ecole de psychologie, Université Laval.

J Fortin, D. et Vanier, C. (1986). Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 21, 2, 200-223.

Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. In A. Giorgi, C.T. Fischer & E.L. Murray (Eds), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, 2, 82-103. Pittsburg : Duquesne University Press.

Goguelin, P. (1980). Travail, fatigue et équilibre. *Equilibre ou fatigue par le travail?* Paris : Editions ESF.

- Holmes, S. (2001). Work-related stress : a brief review. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121, Iss 4, 230-235.
- House, S. (1981). Work stress and social support. *Addison-Wesley Series on Occupational Stress*, end ed, 13-22.
- Joshi, P. (1983). La santé mentale dans une perspective historique. *Conceptions contemporaines de la santé mentale* (p. 21-47). Montréal : Décarie.
- Joshi, P. (1983). La santé mentale en tant que phénomène global. *Conceptions contemporaines de la santé mentale* (p. 49-89). Montréal : Décarie.
- Joshi, P. (1983). Fondements théoriques de l'approche socioculturelle de la santé mentale. *Conceptions contemporaines de la santé mentale* (p. 91-125). Montréal : Décarie.
- Karasek, R-A. Jr. Et Theorell, T. (1990 ). *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic books.
- Laborit, H. (1980). Équilibre ou fatigue par le travail. *Équilibre ou fatigue par le travail?* Paris : Éditions ESF.
- Larivière, C. et Bernier, D. (1997). La transformation de l'organisation du travail vécue par des travailleurs sociaux québécois. *Nouvelles pratiques sociales*, 10, 2, 23-143.
- Lévi, L. (1994). Work, worker and wellbeeing : an over view. *Work and stress*, 8, 2, 79-83.

- Maranda, M-F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 20, 2, 219-242
- Martin, J-C. et Baril, R. (1993). Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés. *Revue internationale d'action communautaire, Printemps*, 109-120.
- Martin, J-C. et Baril, R. (1995). L'exclusion comme effet de trajectoire administrative et de cheminement individuel. *Lien social et politique, RIAC 34, Automne*, 131-140.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 16, 229-247.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : A. Colin.
- Neveu, J-P. (1995). Épuisement professionnel concept et méthodologie. *Le travail humain, tome 58*, 3.
- Paquet, G. (1994). Facteurs sociaux de la santé, de la maladie de la mort. Dans F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin (Dir.), *Traité des problèmes sociaux* (p. 223-244). Québec : Institut Québécois de recherche sur la culture.
- Poupart, J. (1979-80). Méthodologie qualitative; une source de débats en criminologie. *Crime and Justice*, 7-8, 3-4, 167-174.



Régie régionale de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, (2000). *Politique visant à contrer toute forme de harcèlement en milieu de travail*, Novembre, Rouyn-Noranda.

Reynaud, J-D. (1991). Pour une sociologie de la régulation sociale. *Sociologie et sociétés*, 18, 2, 13-26.

Saimsaullieu, R. (1977). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Saint-Arnaud, L. et Vézina, M. (1993). Santé mentale et organisation du travail. *Le médecin du Québec*, 28, 12, 35-39.

Salaman, G. et Du Gay, P. (1991). La culture d'entreprise et la recherche de l'excellence. *Sociologie et sociétés*, 23, 2, 129-149.

Santé mentale au Québec, (1982). *Dossier : chômage et santé mentale*, Historique et politique, 12, 2.

Séigny, R. (1986). La construction sociale du champ de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 11, 2, 13-21.

Séigny, R. (1994). La maladie mentale. Dans F. Dumont et al., *Traité des problèmes sociaux* (p. 165-178). Institut Québécois de recherche sur la culture.

Stephoe, A., Wardle, J., Lipsey, Z., Mills, R., Oliver, G., Jarvis, M. et Kirschbaum, C. (1998). A longitudinal study of work load and variations in psychological well-being, cortisol, smoking, and alcohol consumption. *Annals of Behavioral Medicine, SPR*, 20, 2, 84-91.

- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 5, 697-704.
- Thinès, G. (1977). *Phénoménologie et science du comportement*. Bruxelles : Mardaga.
- Thinès, G. (1991). Existence et subjectivité. *Études de psychologie phénoménologique*. Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles.
- Touraine, A. (1991). Au-delà d'une société du travail et des mouvements sociaux. *Sociologie et société*, 23, 2, 27-42.
- Tousignant, M. (1989). La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 14, 2, 91-103.
- Tremblay, M-A. (1983). La santé en tant que phénomène global. *Conceptions contemporaines de la santé mentale* (p. 49-90). Montréal : Décarie.
- Tremblay, M-A. et Poirier, C. (1989). La construction culturelle de la recherche psychosociale en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 14, 1, 11-34.
- Vézina, M. (1995). Travail et prévention. Dans J. Dufresne et al., (Dir.), *Traité d'anthropologie médicale* (p. 781-792). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 21, 2, 117-138.

Vézina, M., Cousineau, M., Megler, D et Vinet, A. (1988). *Pour donner un sens au travail*. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin Éditeur.

Vézina, M. et Malenfant, R. (1994). *Plaisir et souffrance, Dualité de la santé mentale au travail. Actes du colloque, Les aspects sociaux et psychologiques de l'organisation du travail tenu le 17 mai 1994 à l'U.Q.A.M.* Montréal (p. 1-13).

✓ Villeneuve, J-P. et Beaudoin, A. (1993). Le cadre de travail et l'épuisement professionnel des intervenants sociaux en Gaspésie. *Service social*, 42, 2, 83-101.

Vinet, A. (1993). Travail et santé mentale, une problématique à bâtir. *Santé mentale au Québec*, 8, 1, 21-30.

Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie, Le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au Québec*, 4, 1, 35-54.

20 ans de santé mentale au Québec, (1996). *Regards critiques des acteurs et collaborateurs : cahier souvenir*. Montréal : Revue Santé mentale au Québec.

## **Annexe 1 Lettre pour le recrutement de participants à la recherche**

Rouyn-Noranda, 12 avril 2001

( nom et adresse du responsable)

Monsieur, Madame

Il y a un an, je vous avais contacté pour vous informer que j'entreprenais une recherche dans le cadre d'une maîtrise en service social, recherche sur l'état dépressif de personnes vécu en lien avec leur emploi. Je sollicitais alors votre participation pour le recrutement de sujets de recherche. Des personnes ayant fait appel à vos services et concernées par mon sujet de recherche, accepteraient peut-être de collaborer à mes travaux en participant à une entrevue semi-dirigée.

Or des problèmes personnels de santé m'ont obligé de suspendre mon travail de recherche que je peux heureusement reprendre maintenant. Comme vous m'aviez indiqué à l'époque votre intention de participer au recrutement de sujets pour cette recherche, je viens aujourd'hui solliciter à nouveau votre apport.

Voici en quelques mots, l'objet de ma recherche et les critères de sélection à considérer dans le choix des sujets. La recherche vise douze personnes, six hommes et six femmes, âgées entre 25 et 55 ans qui à l'occasion d'un épisode dépressif, ont dû s'absenter de leur travail en raison de leur état de santé. Recherchant leur vision de cette période de leur vie, je ferai une analyse compréhensive des témoignages recueillis. L'entrevue avec elles, sera centrée sur leur perception de leur vécu dépressif en lien avec leur vécu à l'emploi. Les critères de sélection sont simples :

- personne de la MRC de Rouyn-Noranda, homme ou femme, âgée entre 26 et 55 ans.
- Personne qui suite à une dépression a soit repris son ancien travail soit entrepris un autre travail, soit repris ses activités quotidiennes d'une façon normale et satisfaisante. Cette période de retour à l'emploi peut représenter une période ne dépassant pas dix-huit mois après leur dépression.

Est-il toujours possible pour vous et les professionnels de votre établissement de contacter de vos clients pour les inviter à participer à cette recherche? Évidemment, leur participation demeurera en tout temps confidentielle. Je leur remettrai un engagement signé de ma main comprenant les termes du respect de cette confidentialité. De votre part, comme il se doit, je compte que vous disposiez d'une autorisation signée de leur part vous autorisant à me transmettre leur nom et leurs coordonnées pour que je puisse les contacter dans le cadre de cette recherche.

Est-ce possible de me signifier votre intention au sujet de ma demande et dans l'hypothèse d'une réponse affirmative, m'indiquer approximativement combien de temps vous aurez besoin pour repérer quelques clients. À part vous, je sollicite l'aide de la clinique externe du CH de Rouyn-Noranda et l'organisme Le Pont de Rouyn-Noranda.

Pour plus d'informations ou autres questionnements, n'hésitez pas à me contacter, le jour au CLSC Le Partage des Eaux, au 762-5599 poste 212 et en soirée au 762-7817.

Vous remerciant à l'avance de prendre ma demande en considération, je vous souhaite beaucoup de satisfaction dans votre vie professionnelle.

Recevez mes salutations distinguées.

Paul - André Jackson

**Annexe II Formulaire d'engagement à la confidentialité et consentement à la participation à la recherche sur l'état dépressif de personnes vécu en lien avec leur emploi.**

**Partie 1 : Engagement à la confidentialité.**

Je, soussigné, Paul-André Jackson, étudiant à la maîtrise en service social à l'UQAT, m'engage :

- à respecter la confidentialité des propos de l'entrevue enregistrée avec (nom du participant) \_\_\_\_\_ en n'utilisant tout au long de la recherche y incluant le rapport de recherche, que les données non nominatives qui y sont contenues.
- à effacer cet enregistrement ayant servi à la production du rapport de recherche.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Partie 2 : Consentement de participation au projet de recherche et autorisation d'utiliser dans le rapport de recherche, les renseignements tirés de l'entrevue.**

Nom et prénom à la naissance :

Adresse :

Date de naissance :

Je, soussigné-e,

- consens à participer à la recherche en santé mentale effectuée par Paul-André Jackson pour l'obtention d'une maîtrise en service social à l'UQAT.
- autorise l'enregistrement sur cassette audio réalisée le (date)
- autorise l'utilisation du contenu de l'entrevue pour le rapport de recherche en autant qu'aucune donnée nominative n'y apparaisse.

Cette autorisation est valable pour toute la durée de la recherche.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

N.B. Une copie est remise à la personne rencontrée. Une copie est conservée par Paul-André Jackson, étudiant à la maîtrise.

## **Annexe 111 Schéma d'entrevue : procédure**

### **Prise de contact.**

Rappel des objectifs de la recherche et énoncé des étapes du schéma d'entrevue. Rappel de l'importance mise sur le vécu de la personne et son interprétation des événements et de son vécu

**Confidentialité** : formulaires d'engagement et de consentement.

- engagement du chercheur à la confidentialité
- consentement du sujet à sa participation à la recherche et à l'enregistrement de l'entrevue.

### **Entretien semi structuré**

#### **Conclusion de l'entretien :**

- retour sur le schéma de l'entrevue pour éviter qu'il y ait des éléments oubliés
- accueil d'éléments que le sujet veut ajouter et que l'entretien ne lui a pas permis d'exprimer

#### **Fin de la rencontre :**

- évaluation de l'entrevue avec le participant
- remerciements au participant.

#### **Commentaires écrits après l'entrevue et en l'absence du participant.**

- résumé des éléments significatifs de l'entretien
- impressions sur l'entrevue
- améliorations à apporter au guide.

## **Annexe IV Schéma d'entrevue : guide**

- **Rappel des objectifs**
- **Formulaire** d'engagement à la confidentialité et consentement à la participation à la recherche

**Question consigne :** pouvez-vous me raconter ce qui vous est arrivé à cette période de votre vie où vous avez vécu un épisode dépressif qui vous a amené à quitter votre emploi pour un certain temps.

### **Temps 1 : Le cheminement vers l'état dépressif**

Comment était votre vie avant cette dépression?

- vos relations
- votre vie au travail
- vos rêves

Quels ont été les signes que ça allait moins bien?

- dans votre vie quotidienne
- au travail
- difficultés particulières rencontrées au travail
- soutien reçu au travail dès cette étape

### **Temps 2 : L'état dépressif en lien avec l'emploi**

Déclencheur ? Éléments - clé?

État de désorganisation?

- dans votre vie quotidienne
- au travail?

Solutions tentées? (stratégies)

Soutien social au travail :

- collègues
- supérieur immédiat
- mesures d'accommodation à l'emploi?

Qu'est-ce qui vous a décidé à quitter temporairement votre emploi?



### **Temps 3 : La vie après l'épisode dépressif**

Comment vous vous en êtes-vous sorti?

Vie actuelle

- vision de la vie
- vos valeurs

Travail actuel

- Changement de travail?
- Le même? Changements effectués?

Signification : quel sens donnez-vous maintenant à ce que vous avez vécu?

#### **Conclusion :**

- Vous donnez une conférence à cinquante employeurs. Quel serait le message central de votre communication?
- Vous donnez une conférence à cinquante travailleurs qui sont en train de vivre ce que vous avez vécu, quel serait le message central de votre communication?